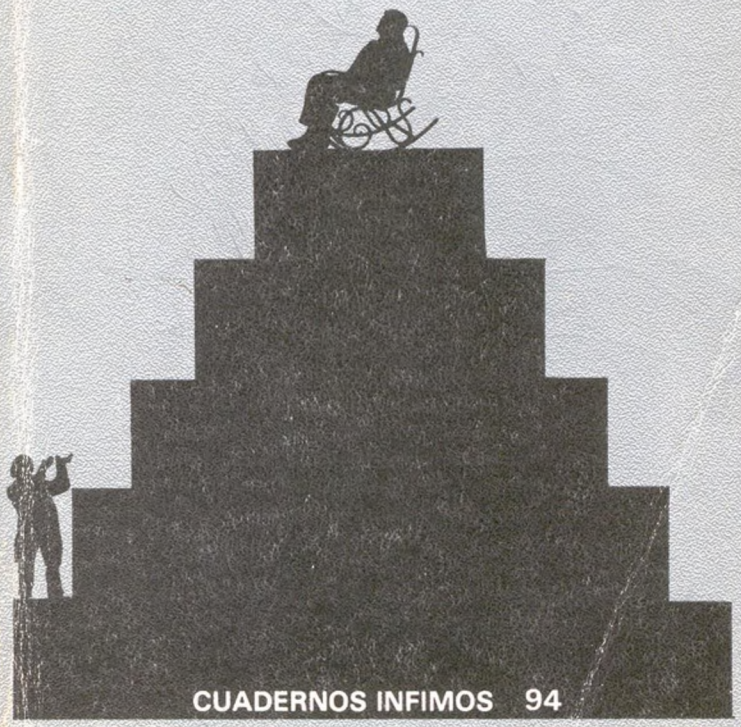
LA TEOLOGIA DE LA MEDICINA

Thomas Szasz



CUADERNOS INFIMOS 94

Serie psicoanálisis - psiquiatría
dirigida por Alicia Roig

Tomás Szasz

TEOLOGÍA DE LA MEDICINA

Tusquets Editores

Título original: *The Theology of Medicine. The Political - Philosophical Foundations of Medical Ethics.*

1.ª edición: enero 1981

© Tomas Szasz, 1977

Traducción: Antonio Escohotado

Diseño de la cubierta: Claret Serrahima

Reservados todos los derechos de esta edición para Tusquets Editores, Barcelona 1980

Tusquets Editores, Iradier, 24, bajos Barcelona - 17

ISBN 84 - 7223 - 592 - 0

Depósito Legal: B. 40488 - 1980

Gráficas Diamante, Zamora, 83 Barcelona - 18

Índice

P. 9 Prefacio
11 Agradecimientos
13 Introducción
27 El médico moral
49 Enfermedad e indignidad
57 Un mapa para la ética médica: las justificaciones morales de las intervenciones médicas
63 La ética de la adicción
89 La ética de la terapia conductista
113 La ética del suicidio
137 Lenguaje y locura
155 El derecho a la salud
179 La justicia en el Estado terapéutico
199 La incoherencia y la inmoralidad de las intervenciones psiquiátricas no voluntarias: una reafirmación personal
207 Las metáforas de la fe y el desatino
213 Medicina y Estado: una entrevista publicada en «El humanista»

Si el gobierno romano no hubiese permitido la libre investigación, el cristianismo jamás habría podido introducirse. Si no se hubiese consentido la libre investigación durante la Reforma, las corrupciones del cristianismo jamás habrían podido depurarse. Si ahora se la restringiera, quedarían protegidas las corrupciones actuales y se estimularían otras futuras. Si el Gobierno debiese prescribirnos una medicina y una dieta, nuestros cuerpos se encontrarían en el mismo estado de conservación en que ahora se encuentran nuestras almas.

Thomas Jefferson, «Notas sobre el Estado de Virginia» (1871)

Prefacio

Este libro es una recolección de ensayos previamente publicados, en su mayoría, en publicaciones periódicas. Sin embargo, muchos fueron inicialmente elaborados para conferencias y luego publicados en una versión abreviada. Reproducimos aquí las versiones íntegras, y algunos ensayos —por ejemplo, «La ética de la adicción» y «La ética del suicidio»— están publicados aquí por primera vez.

Agradezco a los editores de las revistas y libros, donde aparecieron por primera vez esos trabajos, el hecho de autorizarme a reproducirlos en forma de libro; a Cynthia Norman, de Harper & Row, por ayudarme en la selección y reelaboración de los ensayos; y a Debbie Murphy, mi secretaria, por su acostumbrada dedicación.

Agradecimientos

Agradezco a las siguientes fuentes su autorización para reproducir los artículos que aquí se publican tras adaptarlos a la idea de este libro:

«El médico moral», adaptado a partir de «El médico moral», publicado en *The Center Magazine*, vol. 8 (marzo-abril, 1975), págs. 2-9.

«Enfermedad e indignidad», adaptado a partir de «Enfermedad e indignidad», publicado en *The Journal of the American Medical Association*, vol. 227 (febrero, 1974), págs. 543-545. Copyright 1974, American Medical Association. Reproducción autorizada.

«La ética de la adicción», adaptado a partir de «La ética de la adicción», publicado en *Harper's Magazine* (abril, 1972), págs. 74-79.

«La ética del suicidio», adaptado a partir de «La ética del suicidio», publicado en *Antioch Review*, vol. 31 (primavera, 1971), págs. 7-17.

«Lenguaje y locura», adaptado a partir de «Lenguaje y humanismo». Este artículo fue publicado en primer lugar en *The Humanist* (enero/febrero, 1974). Reproducción autorizada.

«El derecho a la salud», adaptado a partir de «El derecho a la salud», publicado en *The Georgetown Law Journal*, vol. 57 (marzo, 1969), págs. 734-751.

«Justicia en el Estado terapéutico», adaptado a partir de «Justicia en el Estado terapéutico», publicado en *The Administration of Justice in America: The 1968-69 E. Paul du Pont Lectures on Crime, Delinquency, and Corrections* (Newark, Del.: University of Delaware Press, 1970), págs. 75-92.

«La falta de lógica y moralidad en intervenciones psiquiátricas involuntarias: una lógica personal», adaptado a partir de «El peligro de la psiquiatría coercitiva», publicado en *American Bar Association Journal*, vol. 61 (octubre, 1975), págs. 1246-1249.

«Las metáforas de la fe y de la locura», adaptado a partir de «Metaforología médica», publicado en *American Psychologist*, vol. 30 (agosto, 1975), páginas 859-861. Copyright 1975 by The American Psychological Association. Reproducción autorizada.

«Medicina y Estado: una entrevista de *A. Humanist*», adaptado a partir de «Medicina y Estado: violación del primer mandamiento - Una entrevista con Thomas Szasz», publicado en *The Humanist* (marzo/abril, 1973). Reproducción autorizada.

Introducción

La característica moral crucial de la condición humana es la experiencia dual de la libertad de voluntad y la responsabilidad personal. Puesto que libertad y responsabilidad son dos aspectos del mismo fenómeno, invitan a una comparación con el proverbial cuchillo de doble filo. Un lado de la hoja implica acción: lo llamamos libertad. El otro implica obligaciones: lo llamamos responsabilidad. A la gente le gusta la libertad porque proporciona ciertas ventajas con relación a cosas y personas. Le molesta la responsabilidad porque restringe la satisfacción de sus deseos. Por eso, una de las cosas que caracteriza a la historia es el incesante esfuerzo humano por incrementar al máximo la libertad y reducir al mínimo la responsabilidad. Pero resulta vano, pues todo verdadero incremento de la libertad humana —sea en el Paraíso, o en el desierto de Nevada, en el laboratorio químico, o en el laboratorio médico— trae consigo un incremento proporcional de responsabilidad. Cada satisfacción que proporciona el poder de hacer el bien se ve pronto eclipsada por la culpa derivada de haberlo usado para hacer el mal.

Enfrentados a este inexorable hecho de la vida, los seres humanos han tratado de distorsionarlo en su propia ventaja, o al menos en el sentido de lo que pensaban que era su ventaja. Básicamente, las gentes han hecho eso adscribiendo su libertad —y, por lo tanto, también su responsabilidad— a alguna instancia exterior. Han proyectado así sus propias cualidades morales sobre otros, moralizan-

do a estos últimos y desmoralizándose a sí mismos. En el proceso, han convertido a los otros en titiriteros y a ellos mismos en títeres.

Evidentemente, el esquema más antiguo para construir semejante orden es la religión: sólo las deidades tienen libre albedrío y responsabilidad; las personas son meros títeres. Aunque la mayoría de las religiones moderan ese esquema, atribuyendo algún grado de auto-acción a los títeres, la importancia del punto de vista del mundo subyacente mal puede ser exagerada. En realidad, las gentes siguen intentando a menudo explicar la conducta de ciertas personas auto-sacrificadas diciendo que obedecen a la voluntad de Dios; y, más importante aún, las gentes pretenden a menudo obedecer a la voluntad de Dios cuando sacrifican a otros, sea en una cruzada religiosa o en el así llamado episodio psicótico. Lo importante de este esquema es que nos hace presenciar e incluso participar en un drama humano donde los actores son vistos como robots, siempre dirigidos sus movimientos por poderes invisibles superiores.

Expresado así de modo tan simple y directo, muchas personas podrían hoy sentirse inclinadas a descartar ese esquema, considerándolo propio tan sólo de un fanático religioso. Este sería un grave error, por que nos cegaría al hecho de que ese esquema precisamente anima buena parte del pensamiento religioso, político, médico, psiquiátrico y científico contemporáneo. ¿De qué otro modo podemos explicar la invocación sistemática de divinidades por parte de los líderes nacionales? ¿O el uso de la Biblia, el Talmud, el Corán y otros libros sagrados como guías en el encauzamiento adecuado de la libertad individual para actuar en el mundo? Dios, una de las soluciones universales para la cul, pa, es engendrado por las consecuencias indeseables de las propias acciones. Por eso, la religión solía ser, y sigue siendo, una importante institución social.

Pero la creencia en las divinidades como titiriteros y en las gentes como títeres ha disminuido

durante los últimos siglos. Con todo, no ha habido un incremento correspondiente de la aceptación humana de la responsabilidad personal y de la culpa individual. Las gentes siguen intentando convencerse de que no son responsables, o de que sólo son responsables en una medida muy limitada de las consecuencias indeseables de su conducta. ¿Cómo, si no, explicarnos la invocación sistemática de Marx y Mao hecha por líderes nacionalistas? ¿O el uso de los escritos de Freud, Spock y otras obras manifiestamente científicas como guías en el encauzamiento adecuado de la libertad individual para actuar en el mundo? Hoy, el disolvente universal para la culpa es la ciencia. Por eso, la medicina es una institución social tan importante.

Durante milenios, los hombres y las mujeres rehuyeron la responsabilidad teologizando la moral. Hoy, la rehúyen medicalizando la moral. En el pasado, una conducta particular era buena si Dios la aprobaba; y, si la desaprobaba, era mala. ¿Cómo sabía la gente qué aprobaba y qué desaprobaba Dios? La Biblia —esto es, los expertos bíblicos llamados sacerdotes— se lo decía. Hoy, si la medicina aprueba una conducta específica, es buena; y, si la desaprueba, es mala. ¿Y cómo saben las gentes qué aprueba o desaprueba la medicina? La medicina —es decir, los expertos médicos llamados doctores— se lo dice.

El exterminio de herejes en las piras cristianas fue un asunto teológico. El exterminio de judíos en las cámaras de gas nazis fue un asunto médico. La destrucción inquisitorial de los procedimientos legales tradicionales en los tribunales europeos fue un asunto teológico. La destrucción psiquiátrica del poder legal en los tribunales americanos es un asunto médico. Y así siempre.

La vida humana —esto es, una vida de autoconciencia y vigilia— es inimaginable sin sufrimiento. Sin dolor y pesar no podría haber placer

y goce; así como no podría existir vida sin muerte, salud sin enfermedad, belleza sin fealdad, riqueza sin pobreza, y así sucesivamente con las incontables experiencias humanas que clasificamos en deseables e indeseables.

Todos nuestros esfuerzos —morales y médicos, políticos y personales— se dirigen a reducir al mínimo las experiencias indeseables y a incrementar al máximo las deseables. Sin embargo, si el cálculo de la conducta personal pudiese reducirse a un principio prudencial tan simple, la vida humana sería mucho menos complicada de lo que es. Lo que la complica es, naturalmente, el hecho de que muchas de las cosas que consideramos deseables entran en conflicto con, o sólo pueden asegurarse a costa de, otras que también consideramos deseables. No parece haber un límite para los conflictos y las contradicciones internas entre las cosas que valoramos en abstracto y deseamos aumentar al máximo. Por ejemplo, comer o beber agradablemente suele entrar en conflicto con la propia salud, el placer sexual tropieza a menudo con la dignidad, la libertad entra en conflicto con la seguridad, y así sucesivamente. Por eso, la busqueda de alivio ante el sufrimiento, aunque pueda parecer razonable, no puede ser una meta personal o política incondicionada. Y, si hacemos de ella semejante meta, es seguro que desembocará en mayor y no en menor sufrimiento. En el pasado, la mayor desgracia para el mayor número fue causada precisamente por aquellos programas políticos cuya meta era el alivio más radical del sufrimiento para el mayor número de seres humanos. Mientras progresaban esas campañas contra el sufrimiento, las gentes las aprobaban sin restricciones; ahora, retrospectivamente, nos parecen los casos más terribles de tiranía.

A falta de la visión perfecta, que sólo el transcurso del tiempo permite, intentemos por lo menos contemplar críticamente los tiempos en que vivimos. Si lo hacemos, captaremos un destello, e incluso veremos con suficiente claridad los con-

tornos de dos ideologías contemporáneas que se han marcado esa misma meta perenne: el alivio radical del sufrimiento para la mayoría. Una de ellas, que domina parte de Oriente, es la campaña marxista-comunista contra la infelicidad: propone un alivio total del sufrimiento mediante una victoria sobre el capitalismo, causa última de toda miseria humana. La otra, que domina parte de Occidente, es la campaña científico-médica contra la infelicidad: promete un alivio total del sufrimiento mediante la victoria sobre la enfermedad, causa última de toda miseria humana.

En los países sometidos al sistema comunista, donde sus esfuerzos por aliviar el sufrimiento no se ven contrarrestados por ninguna otra fuerza efectiva, el comunismo ha logrado ser la mayor fuente de sufrimiento; en el Occidente llamado libre, donde el «terapeutismo» ha conseguido un poder no contrapesado por fuerza eficaz alguna, la medicina ha logrado convertirse en una de las mayores fuentes de sufrimiento.

Cómo la medicina, el arte de curar, se ha transmado de aliado en adversario del hombre, y cómo pudo hacerlo precisamente durante aquellas mismas décadas en que su capacidad de curar alcanzaba las cotas más altas de toda su historia, es un relato cuya narración debe esperar otra ocasión y quizá incluso otro narrador. Bastará aquí advertir que no hay nada nuevo en el hecho de que, para los asuntos humanos, el poder de hacer el bien suele tener como contrapeso —si es que no se ve excedido por él— el poder de hacer el mal; que la ingenuidad humana ha creado, especialmente en las instituciones legales y políticas anglosajonas, sistemas que se han demostrado útiles a la hora de dividir el poder para hacer el bien en dos componentes básicos, a saber: *bien* y *poder*; y que esas soluciones institucionales y los principios morales que encarnan han procurado promover el bien, privando a sus productores y suministradores del poder sobre aquellos que desean recibir o rechazar sus servicios. El monumento más destacado a ese

esfuerzo por parte de los legisladores de proteger a sus súbditos ante aquellos que podrían hacerles un bien, incluso aunque significase matarles, es la cláusula de la Primera Enmienda garantizando que «el Congreso no promoverá ley alguna que respete el establecimiento de una religión o que prohiba el libre ejercicio de la misma». Permítanme indicar brevemente cómo creo que esa garantía, y los principios morales y políticos que encarna, se aplica a nuestra situación contemporánea.

Todos reconocen hoy la realidad del sufrimiento espiritual, es decir, el hecho de que hombres, mujeres y niños pueden y suelen estar angustiados por no poder encontrar ni dar significado a sus vidas, o porque no pueden ni aceptar ni crear pautas satisfactorias para regular su conducta personal.

Aunque estas circunstancias desembocan en un inenarrable sufrimiento, nadie en los Estados Unidos —y aún menos ninguna autoridad judicial o legal— pretendería que semejante infelicidad justifica la imposición, a la fuerza, de ciertas creencias y prácticas religiosas a los sufrientes. Semejante intervención, aunque demostrase ser «útil» para el alivio del sufrimiento, violaría la garantía de la Primera Enmienda contra el «establecimiento de religión».

Intento, en los ensayos agrupados en este volumen, mostrar que ese principio se aplica, y debiera aplicarse, también a las intervenciones médicas, llamadas terapéuticas. En otras palabras, mantengo que el sufrimiento provocado por la enfermedad —prescindiendo de si es una enfermedad corporal efectiva o una supuesta enfermedad mental— no puede, en la ley americana, servir de pretexto para privar a una persona de libertad, aunque el encarcelamiento se llame *hospitalización* y aunque la intervención se llame *tratamiento*. Pretendo que semejante uso del poder estatal —ya sea racionalizado como un despliegue necesario del

poder policial, o como aplicación terapéutica del principio de *parens patriae*— es contrario a las ideas e ideales consagrados en la Primera Enmienda a la Constitución.

Para admitir este argumento, no necesitamos considerar qué podría, o debería, hacer el Estado *a* ciudadanos que *no* están sufriendo para hacer algo *por* aquéllos que *sí lo están*. Los que gozan de seguridad social, o de jubilaciones, no están sujetos al poder policial del Estado: no son encarcelados ni forzados a someterse a tratamientos médicos. Sin embargo, debemos considerar lo que se está haciendo en los Estados Unidos —y, naturalmente, en todos los demás lugares— a personas que están sufriendo, o que se supone que están sufriendo, para ayudarles de modo manifiesto. Es precisamente en este punto donde la teología de la medicina —y especialmente la teología de la psiquiatría y de la terapia— se impone clara y ampliamente.

Por ejemplo, el 6 de febrero de 1976, «Psychiatric News», la revista oficial de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, publicó una entrevista en la primera página, hecha por Robert Pear —del «Washington Star»— al doctor Judd Marmor, presidente de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Tras mencionar mis objeciones a las intervenciones psiquiátricas involuntarias, Pear pregunta a Marmor: «Pero, si una persona que está supuestamente enferma no reconoce su enfermedad y no pide tratamiento, ¿debería intervenir la sociedad?», y Marmor contesta: «Sí, porque esos individuos están sufriendo, y está en la naturaleza de su sufrimiento que muy a menudo no se encuentren en posición de valorar el hecho de estar mentalmente enfermos».[1]

Esta concepción terapéutica moderna me parece idéntica a la concepción teológica tradicional,

1. Marmor ataca a Szasz por su artículo, «Enormes distorsiones». («Psychiatric News», el 6 de febrero de 1976, pág. 1.)

según la cual algunas personas están sufriendo, y pertenece, muy a menudo, a la naturaleza de su sufrimiento el que no se encuentren en posición de evaluar el hecho de haberse apartado de la verdera fe.

Los creadores de la Constitución se oponían a semejante sofisma y política. Razonaban —creo que correctamente— en el sentido de que, aun cuando el caso fuese exactamente como lo presenta Marmor, debería bastar que las personas preocupadas por el bienestar de esos «sufrientes» les ofrecieran su «ayuda». Eso suprimiría el supuesto desconocimiento por parte de los sufrientes de su propio sufrimiento y de la ayuda disponible para su alivio. Ni la existencia de semejante padecimiento, real o supuesto, ni la existencia de ayuda para él, real o supuesta, podría justificar, desde esta perspectiva, una alianza entre la Iglesia y el Estado, o el uso del poder estatal para imponer ayuda clerical a clientes que se niegan a ello. Tal como es, insisto, no puede justificar una imposición de ayuda clínica.

¿Cómo entonces triunfó la medicina allí donde fracasó la religión? ¿Cómo ha sido capaz la terapia de franquear el muro que separa la Iglesia del Estado allí donde fue incapaz de hacerlo la teología? Dicho brevemente, la medicina ha sido capaz de lograr lo que no pudo la religión, ante todo mediante una violación radical de nuestro vocabulario, de nuestras categorías conceptuales; y, en segundo lugar, subvirtiendo nuestros ideales y desplazando el poder de las instituciones dedicadas a protegernos al de quienes nos ayudarán tanto si lo queremos como si no. Ya lo hicimos con los negros. Ahora nos lo estamos haciendo unos a otros, prescindiendo de credo, color o raza.

¿Cómo se justificó y se hizo posible la esclavitud? Llamando *ganado* en vez de *personas* a los negros. Si los negros hubiesen sido reconocidos como personas, no habría podido haber venta ni compra de esclavos, ni leyes de fuga para ellos; en resumen, no habría existido esclavitud en Nor-

teamérica. Y, si las plantaciones hubiesen podido llamarse *haciendas*, y si obligar a los negros a trabajar hubiese podido llamarse garantizar su *derecho a trabajar*, la esclavitud podría aún ser considerada compatible con la Constitución[2]. Tal como están las cosas, ningún estamento puede hoy negar que la esclavitud es una servidumbre involuntaria. Nada puede negarlo. Mientras que cualquiera puede hoy negar el hecho de que la psiquiatría institucional es una servidumbre involuntaria.

¿Cómo se justifican y se hacen posibles las intervenciones psiquiátricas involuntarias, y las muchas otras violaciones médicas de la libertad individual? Llamando a las personas *pacientes*, llamando al encarcelamiento *hospitalización*, y a la tortura *terapia*; llamando a los individuos que no se quejan *sufrientes*, a los médicos y a los profesionales de salud mental, que infringen su libertad y su dignidad, *terapeutas*, y, a las cosas que estos últimos hacen a los primeros, tratamientos. Por eso, términos como *salud mental* y *derecho al tratamiento* encubren hoy con tanta eficacia el hecho de que la psiquiatría constituye una servidumbre involuntaria.

Corremos el riesgo de olvidar que el lenguaje constituye nuestro bien, o herramienta, más importante; y que, aun cuando con el lenguaje de la ciencia explicamos hechos, con el de la moral justificamos actos. Podemos explicar el aborto como cierto tipo de procedimiento médico, pero debemos justificar el hecho de permitirlo, o prohibirlo, llamándolo *tratamiento*, o *asesinato de la criatura no nacida*.

En la vida cotidiana, la distinción entre explicación y justificación se diluye con frecuencia, y por una buena razón. Es muchas veces difícil saber qué debiera uno hacer, cuál es la justificación válida para comprometerse en una acción especí-

2. Véanse, en relación con este tema, mis libros *The second sin* (Garden City, N.Y.: Doukleday, Anchor Press, 1973) y *Heresies* (Garden City, N.Y.: Doukleday, Anchor Press, 1976).

fica. Uno de los mejores sistemas para resolver semejante incertidumbre consiste en justificar el desarrollo específico de una acción dándole una explicación. En esos casos, decimos que no tenemos más elección que obedecer a la Verdad tal como nos ha sido revelada por Dios o por la Ciencia.

Otra razón para encubrir justificaciones con explicaciones consiste, retóricamente, en sostener que una justificación ofrecida en cuanto tal es a menudo poco convincente, mientras que una justificación enunciada como explicación es a menudo muy poderosa. Por ejemplo, antaño, si un hombre hubiera justificado el hecho de no comer diciendo que deseaba morir de hambre, habría sido considerado un loco; pero, si lo hubiese explicado diciendo que lo hacía para servir mejor a Dios, habría sido considerado devotamente religioso. Asimismo, hoy, si una mujer esbelta justifica el hecho de no comer diciendo que quiere perder peso, debería ser considerada como una demente que padece anorexia nerviosa; pero, si lo explica diciendo que lo hace para combatir alguna mala acción política en el mundo, es considerada una noble contestataria de la injusticia.

Las personas sufren, desde luego. Y ese hecho —según médicos y pacientes, abogados y laicos— basta hoy para justificar el que se les llame y considere pacientes. Lo que, en otros tiempos, sucedió gracias a la universalidad del pecado, sucede hoy gracias a la universalidad del sufrimiento; hombres, mujeres y niños se convierten— quieran o no, les guste o no— en los pacientes-penitentes de sus médico-sacerdotes. Y, sobre el paciente y el médico, se levanta ahora la Iglesia de la Medicina, cuya teología define los papeles y las reglas del juego que han de jugar, así como sus leyes canónicas llamadas hoy *salud pública* y leyes de *salud mental*, imponiendo su conformidad con la ética médica dominante.

Mis criterios sobre ética médica dependen ante todo de la analogía entre religión y medicina, entre nuestra libertad, o su carencia, a la hora de aceptar, o rechazar, cualquier intervención teológica y terapéutica. Parece obvio que cuanto más se atribuya un mayor valor a la religión que a la libertad, más se intentará vincular la religión al Estado y fomentar las prácticas teológicas mediante la coacción estatal; asimismo, cuanto más se atribuya un mayor valor a la medicina que a la libertad, más se intentará vincular la medicina al Estado y fomentar prácticas terapéuticas mediante la coacción estatal. La cuestión es así de simple, pero inexorable: cuando la religión y la libertad entran en conflicto, las gentes deben elegir entre teología e independencia; y, cuando la medicina y la libertad entran en conflicto, deben elegir entre terapia e independencia.

Si los norteamericanos se viesen enfrentados hoy a esta elección, y si valoraran la religión tanto como valoran la medicina, intentarían sin duda reconciliar lo irreconciliable, llamando al encarcelamiento en instituciones eclesiásticas *derecho a asistir a la iglesia*, y a la tortura en el potro *derecho a practicar los rituales de la propia fe*. Si estos términos se aceptasen como los adecuados a las prácticas que nombran, el ritual religioso obligatorio y la persecución religiosa podrían considerarse constitucionales. Los sometidos a semejantes prácticas podrían entonces clasificarse entre las personas *garantizadas en su derecho a la religión*, y quienes se opusieran a semejantes violaciones de los derechos humanos podrían ser barridos como sediciosos del compromiso de una sociedad libre con la práctica de la *libertad religiosa*. Los norteamericanos podrían entonces mirar hacia adelante, esperando con ansiedad los números siguientes del «Time» y del «Newsweek» que celebrarían por todo lo alto el último progreso de la *investigación religiosa*.

Sin embargo, quizás no sea todavía demasiado tarde para recordar que fue el respeto por la cura

de almas, asumido y practicado libremente, o no, lo que inspiró a los autores de la Constitución a la hora de suprimir el poder secular clerical. Era suficiente, y supongo que razonable, considerar que los teólogos dispusieran únicamente del poder espiritual, pues no necesitan otra cosa para desempeñar sus tareas. Asimismo, el respeto que siento por la cura de los cuerpos (y de las «mentes»), asumido y practicado libremente, es lo que me inspira a pedir que se prive a los clínicos de poder secular. Creo que les basta a los médicos el poder inherente a su conocimiento científico y a sus capacidades técnicas, pues no necesitan nada más para el desempeño de sus tareas.

Aunque los ensayos reunidos en este volumen han sido escritos durante un período que abarca una década aproximadamente, están todos animados por el deseo de explorar los aspectos rituales, o religiosos, de diversas prácticas médicas. Permitan que me apresure a decir que no estoy negando los aspectos científicos o técnicos de la medicina. Por el contrario, creo —y es bastante obvio— que el diagnóstico genuino y los poderes terapéuticos de la medicina son hoy mucho mayores de lo que han sido jamás en la historia de la humanidad. Por eso, precisamente, son también mucho mayores sus poderes religiosos o mágicos. Cualquiera que interprete mis esfuerzos por explicar, y a veces reducir, las dimensiones mágicas, religiosas y políticas de la medicina como un esfuerzo para calumniar, o despreciar, sus dimensiones científicas y técnicas, lo hace porque quiere. Este libro se dirige a personas que comprendan la diferencia entre el por qué un sacerdote lleva sotana y un cirujano una bata esterilizada, entre el por qué un cirujano ortopédico utiliza una escayola y un psicoanalista un diván. Por desgracia, muchas personas no lo entienden.

¿Y por qué? ¿Por qué habrían de entenderlo? ¿Por qué querría alguien distinguir entre actos

técnicos y rituales, o entre el papel de un profesional y las palabras de un clérigo? Probablemente sólo hay una razón, a saber: el deseo de ser libre y responsable. Si una persona anhela someterse a la autoridad, le parecerá útil otorgar poderes rituales a aquellos que desempeñan funciones técnicas, y viceversa; esto hará que las autoridades parezcan tan útiles como los sacerdotes y los médicos.

Las personas que poseen cierto conocimiento intelectual, o ciertas aptitudes técnicas, son obviamente superiores, al menos en esos aspectos, a las personas que no las poseen. De este modo, salvo que la gente anhele la dictadura de los técnicos —digamos de los profesionales de la medicina—, debería asegurarse de que la favorable posición social del experto, debido a sus especiales aptitudes, no se vea incrementada mediante la atribución de poderes rituales. A la inversa, salvo que anhele ser engañada por embaucadores —digamos que por psiquiatras—, debería asegurarse de que la posición social favorable del experto, debida a sus propias especiales aptitudes rituales o a que otros le otorguen esas aptitudes, no se vea incrementada mediante la atribución de poderes técnicos que no posee.

En otros tiempos, las gentes se convertían en sus propias víctimas al atribuir poderes médicos a sus sacerdotes; hoy, se torturan atribuyendo poderes mágicos a sus médicos. Enfrentados con personas dotadas de poderes tan sobrehumanos —y, naturalmente, también de benevolencia—, los hombres y las mujeres tienden a someterse a ellos, con esa fe ciega cuya inexorable consecuencia es la de convertirse ellos mismos en esclavos y convertir a sus «protectores» en tiranos. Por eso, los padres de la Constitución urgieron a sus compatriotas norteamericanos a respetar a los sacerdotes por su fe, pero a desconfiar de ellos por su poder. Para ello erigieron un muro que separó la Iglesia del Estado.

Asimismo, mantengo que las personas deberían

respetar a los médicos por sus aptitudes, pero desconfiar de ellos por su poder. Sin embargo, salvo que la gente levante un muro capaz de separar la medicina del Estado, serán incapaces de hacerlo y sucumbirán precisamente a ese peligro del que se suponía estaban protegidos por la Primera Enmienda.

El médico moral

¿Cuál es el mandato moral de la medicina? ¿A quién debería servir el médico? Las respuestas a estas sencillas preguntas no son en modo alguno claras. Puesto que la medicina tiene conexiones bastante íntimas con la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, no es sorprendente que hoy exista tanta incertidumbre con respecto a la meta de la medicina como con respecto a la meta de la propia vida. De hecho, no podemos confiar en los objetivos de la medicina como tampoco en los de la vida.

Los fundamentos morales de la medicina moderna tienen una doble ascendencia: desde los griegos, la medicina ha heredado la idea de que el deber primordial del médico es atender a su paciente; y de los romanos que su deber primordial es no hacer daño. La primera de esas ideas, aunque bastante incumplida, se considera a menudo el ideal de la medicina occidental; la segunda, aunque bastante irrealizable, se considera a menudo su Primer Mandamiento.

Primum non nocere. (Primero, no hacer daño.) ¡Qué sublime prescripción! Pero, ¡cuán absurda! Porque acuden inmediatamente las siguientes preguntas: ¿a quién no debiera dañar el médico? y ¿quién definirá lo que constituye el daño?

La vida es conflicto. A menudo el médico no puede ayudar a una persona sin dañar al mismo tiempo a otra. Si examina a un solicitante de un seguro de vida y descubre que tiene diabetes o hipertensión, debe informar a la compañía de se-

guros. Si trata a un Hitler, o a un Stalin, ayudará a prolongar su vida. Si declara que un hombre que tortura a su mujer con falsas acusaciones de infidelidad es psicótico, deberá prescribir su encarcelamiento psiquiátrico. En cada uno de esos casos, el médico hace daño a alguien, ya sea al paciente, ya sea a los que están en conflicto con él. Naturalmente, esos ejemplos se limitan a rascar la superficie. Podríamos añadir el compromiso del médico con personas que desean el aborto o la ingestión de narcóticos, con pacientes suicidas, con organizaciones militares y con investigaciones para la guerra biológica... Veremos entonces cuán espantosamente inadecuadas, cuán radicalmente inútiles son en realidad las pautas morales tradicionales de la medicina para el trabajo actual del médico, tanto si es investigador como si es practicante. En consecuencia, si deseamos hacer frente con inteligencia a los dilemas morales de la medicina, no debemos empezar desde la superficie, sino desde la base misma de la ética y la política.

Por todas partes, los niños, e incluso muchos adultos, dan por hecho no sólo que existe un dios, sino que él puede entender sus oraciones por el hecho de hablar su lenguaje. Asimismo, los niños suponen que sus padres son buenos, y, si sus experiencias son insoportablemente contrarias a esa imagen, prefieren creer que son ellos los malos y no sus padres. La creencia de que los médicos son como agentes de sus pacientes —que sirven los intereses y necesidades de sus pacientes por encima de todo— me parece formar parte de los mitos básicos de la humanidad. Sus raíces no son especialmente misteriosas: cuando una persona es joven, vieja o enferma, está en desventaja con respecto a los maduros y saludables; en la lucha por la supervivencia, acabará inevitablemente dependiendo de sus congéneres que se encuentran algo más aventajados.

Tal relación de dependencia está implícita en

todas las situaciones de relación entre clientes y expertos. Puesto que, en caso de enfermedad, el cliente teme por su salud y por su vida, esta dependencia de la medicina es especialmente dramática y problemática. En general, cuanto más dependiente es una persona de otra, mayor será su necesidad de exaltar a quien le ayuda, y, cuanto más exalte a quien le ayuda, más dependerá de él. El resultado es que una persona débil se expone con facilidad a un doble peligro: primero, a su propia debilidad y, segundo, a su dependencia de un protector que puede elegir dañarle. Estos son los hechos brutales, pero básicos, de las relaciones humanas, que jamás debemos perder de vista a la hora de considerar los problemas éticos de la biología, la medicina y las profesiones curativas. Así como el desamparo engendra fe en la bondad de quien ayuda, y el total desamparo engendra fe en su bondad ilimitada, los que asumen el papel de ayudar —sean deidades o médicos, sacerdotes o políticos— siempre se han mostrado muy solícitos en el momento de encarnarlo. Esta visión de virtud total y bondad imparcial no sólo sirve para mitigar el desamparo de los débiles, sino también para enturbiar los conflictos de lealtad a los que está sometido el que asume el papel de protector. De ello se desprende la pretensión perenne de desinterés y altruismo del terapeuta, que se considera al servicio imparcial de todas las necesidades e intereses de la humanidad.

Naturalmente, en el pasado fue el clero el que pretendió ser agente de toda la humanidad, al considerarse siervo de Dios, creador y celador de toda la humanidad. Aunque esta pretensión absurda dio resultado, estaba condenada al rechazo con el tiempo, porque los representantes de los más variados credos pretendían todos hablar por el conjunto de la humanidad. Aunque los hombres sean incautos, no pueden soportar tanta incoherencia. Así, para cuando se inició nuestra llamada edad moderna, la mitología de cualquier religión particular que hablase por toda la humanidad quedó expuesta en lo

que es: la representación de ciertos valores e intereses como valores e intereses de todos.

Nietzsche llamó a esto la muerte de Dios. Pero Dios no murió; simplemente desapareció tras el escenario de la historia para ponerse otros trajes y volver a emerger vestido de científico y médico.

Desde el siglo XVII, ha sido sobre todo el científico, y en especial el llamado científico médico o doctor, quien ha pretendido asumir el compromiso con toda la humanidad en lugar de hacerlo con su profesión, nación o religión. Pero, si estoy en lo cierto a la hora de insistir en que semejante pretensión es siempre y por necesidad un engaño —y en que la humanidad es tan amplia y heterogénea, con miembros de valores e intereses de por sí tan conflictivos, hasta el punto de que resulta insensato pretender un compromiso con ella, o con sus intereses—, entonces en calidad de pensadores independientes, cabe preguntarnos: «¿De quién es agente el experto?».

A Platón le gustaba utilizar al médico como modelo del dirigente racional y, en *La República*, considera explícitamente la cuestión de saber de quién es agente el médico. Al comienzo de ese diálogo, nos ofrece esta conversación entre Sócrates y Trasímaco:

> Háblame acerca del médico, en el sentido estricto en el que lo hablabas: ¿es su función ganar dinero, o tratar a sus pacientes? Recuerda, ¿de qué función es más digno? De tratar a sus pacientes.

Es como si no hubiéramos avanzado un paso con respecto a esta respuesta ingenua a la cuestión de saber para quién actúa el médico. También, en la opinión contemporánea convencional, la función del médico es la prevención y el tratamiento de las enfermedades de su paciente. Pero semejante respuesta no da cuenta de la cuestión crucial de quién

define salud y enfermedad, prevención y tratamiento.

Aunque Platón apoya aparentemente la idea de que el deber del médico es ser agente de su paciente, apoya en realidad una ética médica coercitivo-colectivista más que una ética médica autónomo-individualista.

He aquí cómo desarrolla Platón su defensa del médico como agente del Estado:

> Pero piensa ahora en el arte de la medicina en sí... No estudia sus propios intereses, sino las necesidades del cuerpo, al igual que un mozo de cuadra muestra su aptitud para cuidar caballos y no el arte de cuidarlos. Y así, todo arte busca, no su propia ventaja —pues no tiene deficiencias—, sino el interés del tema que trata.

Tras invocar un altruismo benévolo, Platón procede a extraer las conclusiones éticas y políticas: la justificación moral del control del subordinado por el superior, del paciente por el médico, del súbdito por el legislador:

> Pero sin duda, Trasímaco, todo arte tiene autoridad y poder sobre el tema que trata... En lo que concierne a las artes, ningún arte estudia o se une al interés del grupo superior, sino siempre al interés del grupo inferior sobre el que tiene autoridad... Así, el médico, en cuanto tal, sólo estudia el interés del paciente, no el suyo propio. Pues estamos ya de acuerdo en que la función del médico, en sentido estricto, no es hacer dinero, sino ejercer su poder sobre el cuerpo del paciente... Lo mismo sucede con el gobierno, cualquiera que sea: ningún legislador, mientras actúe como legislador, estudiará o apoyará su propio interés. Todo lo que diga y haga se dirá y hará con una idea buena y adecuada al tema que trata.

El propio Trasímaco indica que este argumento es contrario a los hechos. Pero esos hechos apenas afectan la fuerza de la retórica platónica, basada

sobre las pasiones que se apoderan una y otra vez de hombres y mujeres para controlar y ser controlados. De este modo, la retórica de Platón tiene todavía una resonancia asombrosamente actual: podría servir, sin modificación significativa alguna, de ejemplo de lo que actualmente se denomina ética médica.

De hecho, han cambiado tan poco en los últimos veinticinco siglos los criterios humanos sobre el dilema del doble compromiso del médico, consigo mismo y con su paciente, que merece la pena seguir hasta el final la argumentación platónica sobre el altruismo del hombre moral dedicado a la medicina.

> ...cualquier tipo de autoridad, en el Estado o en la vida privada, debe, en su carácter de autoridad, considerar exclusivamente lo que es mejor para los que se encuentran bajo su custodia... Cada aptitud nos proporciona un beneficio que le es peculiar: la medicina proporciona salud, por ejemplo; el arte de la navegación, seguridad en el mar, y así sucesivamente.
>
> Sí.
>
> Y el salario nos proporciona salario; ésta es su peculiaridad. Ahora bien, hablando con la precisión que propusiste, no dirías que el arte de la navegación es idéntico al arte de la medicina, partiendo simplemente del hecho de que un capitán haya recobrado su salud porque el aire del mar le sentaba bien. Por lo mismo, tampoco identificarías la práctica de la medicina al hecho de recibir un sueldo simplemente porque un paciente conserva su salud mientras pague, o porque un médico que atiende un caso recibe un estipendio.
>
> No.
>
> ...Así pues, este beneficio —el salario— no lo recibe un hombre por su arte específico. Si hemos de hablar estrictamente, el médico, como tal, produce salud; el constructor, una casa; y ambos, tan sólo en su calidad de asalariados, reciben a cambio un pago... Bueno, Trasímaco, queda ahora claro que ninguna forma de aptitud o autoridad se ejerce en su propio beneficio.

Como bien muestran estas citas, Platón es un paternalista[1]. Sencillamente, lo que defiende Platón es lo que muchas personas parecen necesitar o desear, al menos parte del tiempo: a saber, que el experto sea un jefe que asuma la responsabilidad de elegir, descargando así la de los hombres y las mujeres que constituyen su clientela. Este ideal y esta exigencia ética, característicos de la sociedad cerrada, deben contrastarse con el ideal y la exigencia de una sociedad abierta, donde el experto debe decir la verdad y el cliente debe cargar con la responsabilidad de su propia existencia... incluyendo la elección del experto.

Tendré algo más que añadir más adelante sobre la alternativa fundamental entre autoridad y autonomía, nobles mentiras y dolorosas verdades. Por ahora, quiero seguir con Platón en la lectura de *La República*, para mostrar cuán indisolublemente entrelazados están en su pensamiento los conceptos de autoridad y mendacidad, y cómo es el poder el que hace virtuosa la mentira y la impotencia la que la hace maligna:

> ¿Es siempre odiosa la falsedad hablada? ¿No es a veces útil, en la guerra por ejemplo, o como remedio? Entre esas leyendas que analizábamos precisamente ahora, podemos incluir la ficción; al no conocer los hechos del pasado remoto, podemos elaborar nuestra propia ficción, la mejor encarnación posible de la verdad.

En el programa platónico de crear ficción en la historia, reconocemos, naturalmente, otra empresa científica moderna muy aplaudida, a saber la prevaricación psiquiátrica específica que sus practicantes llaman pretenciosamente *psicohistoria*. Así como el moderno psiquiatra está autorizado, gra-

1. Véase *The open Society and its Enemies*, de K. R. Papper (Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1950).

cias a su ilimitada benevolencia, a utilizar la mendacidad como remedio, también lo está el gobernante, según Platón:

> Si estamos en lo cierto al afirmar que los dioses no necesitan recurrir a la mentira, y que sólo le sirve a la humanidad a modo de remedio, es obvio que ese remedio sólo debiera ser administrado por un médico... Por lo tanto, si alguien debiera practicar el engaño, ya sea con relación a sus enemigos o a sus súbditos, debería hacerlo el gobernante de la república, que actúa en su propio provecho. Nadie más debe compartir este privilegio. Que una persona engatuse al gobernante nos parece una ofensa peor que la de que un paciente engañe a su médico...

Platón utiliza también la metáfora de la mendacidad como un remedio a su política eugenésica. Todos los males que desde entonces se han producido en nombre de la genética como sistema para mejorar la raza humana se han perpetrado gracias a la política propuesta por Platón:

> Toda asociación ilícita sería profanar un Estado donde sus habitantes vivan bien. Los gobernantes no podrían permitir semejante ultraje... Nuestros gobernantes deben ser grandes expertos... porque tienen que administrar grandes dosis del remedio del que antes hablábamos... Dijimos, si recuerdas, que semejantes soluciones serían útiles como lo son algunos remedios... De lo que acabamos de decir se deduce que, si debemos elevar el nivel general de nuestro rebaño, hay que fomentar la creación de alianzas entre hombres y mujeres del más alto nivel y, por el contrario, desanimar a los demás. Sólo la descendencia de las mejores alianzas debería mantenerse. Y, una vez más, nadie, sino los gobernantes, debe saber cómo se lleva a cabo esta operación; en caso contrario, nuestra manada de guardianes podría rebelarse.

El médico platónico es claramente agente del Estado, y, de ser necesario, adversario de su pa-

ciente. Teniendo en cuenta la inmensa influencia de las ideas platónicas sobre la medicina moderna, apenas puede sorprender que nos enfrentemos hoy a dilemas morales directamente atribuibles al orden médico preconizado por Platón y sus incontables seguidores pasados y presentes.

Para que no parezca que he destacado en exceso el compromiso del médico platónico con el Estado, incluso a costa de convertirlo en el adversario abierto del así llamado paciente, veamos lo que dice Platón sobre los médicos en cuanto tales, no como modelos para los gobernantes. Lo que él dice puede parecernos chocante a algunos, porque nos suena actual y porque apoya la política médica, eugenésica y psiquiátrica, menos respetable de los gobiernos del siglo XX, tanto totalitarios como libres.

Platón comienza reveladoramente su análisis de los deberes de los médicos difamando a los pacientes que fingen enfermedades y a aquellos que hoy suelen llamarse enfermos mentales. La resistencia de Platón a medicar males sin importancia —como los problemas inherentes a la vida misma— es desde luego una posición que yo comparto, pero por razones y objetivos opuestos a los suyos: él propugnaba que los médicos persiguieran a esas personas, y no cabe duda de que lo han hecho; yo, por el contrario, deseo que los médicos las dejen en paz, si eso es lo que quieren los pacientes[2].

> ¿Acaso no es [pregunta retóricamente Platón] lamentable que necesiten cuidado médico no sólo para curar una herida, o un ataque esporádico, sino también porque, al vivir en la ociosidad y el lujo, nuestros cuerpos se conta-

2. Véase, en particular, *The Myth of mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, ed. rev. (New York: Harper & Row, 1974), *The Manufacture of Madness: A comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (New York: Harper & Row, 1970), y *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1964).

minan y se deterioran, cual gases pantanosos en aguas estancadas, hasta el punto de que los hijos de Esculapio se vieron obligados a inventar para esas enfermedades nombres tan ingeniosos como flatulencia y catarro?

Sí, son extraños esos términos modernos.

Y creo que no se utilizaban en tiempos de Esculapio... Antaño, hasta la época de Heródico, los hijos de Esculapio no usaban para nada el tratamiento moderno que consiste en mimar la enfermedad. Pero Heródico, un profesor de gimnasia que perdió su salud, combinó el entrenamiento y la terapia de tal manera que convirtió este sistema, primero, para sí mismo y, más adelante, para muchos otros, en un mal endémico.

¿Cómo?

Atrasando la muerte. Tenía una enfermedad mortal, y supeditó toda su vida a sus exigencias, sin esperanza de cura y, a la vez, sin tiempo para otra cosa que cuidarse a sí mismo... Su pericia sólo le permitió alcanzar la vejez en una prolongada lucha con la muerte.

Platón desaprueba claramente semejante uso de la medicina y del arte médico. Y no ahorra palabras a la hora de afirmar que un médico, que cuida a un paciente como lo hizo Heródico, es un hombre malo, un traidor a la comunidad y al Estado.

Si Esculapio no reveló esas artes hipocondríacas a sus descendientes, no fue por ignorancia, o falta de experiencia, sino porque comprendió que, en toda sociedad bien organizada, cada hombre tiene asignada una tarea que debe cumplir; nadie dispone del ocio para emplearlo toda la vida en estar enfermo y medicarse.

¿Qué debería hacer, pues, un enfermo crónico? Debería morir —«librarse de sus problemas muriendo» según Platón— por su propio bien y por el bien del Estado. Pero, ¿qué hay de las personas que se sienten enfermas, que viven preocupadas por su mala salud y su medicación, aunque no se encuentren lo bastante enfermas cómo para morir? Los médicos deberían volver la espalda a esas

personas, «no deberían ser tratadas», dice Platón, identificando así indiscutiblemente el deseo del sufriente de recibir un tratamiento médico al deseo irrelevante de legitimar ese tratamiento.

Me parece que nunca antes como hoy —no sólo en las sociedades totalitarias, sino en todas las sociedades— ha estado la medicina tan peligrosamente cerca de llevar a cabo este específico ideal platónico. Una vez más, transcribimos las palabras de Platón sobre el tema.

> Desde luego, no podría haber nada peor que este cuidado excesivo del cuerpo... ¿Debemos, pues, entender que Esculapio, reconociendo esto, creó el arte de la medicina tan sólo para personas con buena salud y que llevan normalmente una vida sana, aunque de pronto contraen alguna dolencia? El las curaría de sus trastornos mediante medicamentos o el bisturí, recetándoles seguir llevando una vida normal, a fin de no perjudicar sus actividades como ciudadanos. Pero, en aquellos cuerpos profundamente aquejados de una enfermedad, Esculapio no intentaba, mediante lavativas o dosis de medicamentos cuidadosamente administrados, prolongar una existencia miserable, permitiendo que el paciente procrease hijos contaminados por la misma enfermedad que él. Pensaba que el tratamiento es inútil en un hombre incapaz de cumplir con sus tareas cotidianas y, por tanto, inútil para sí y para la sociedad.

A lo largo de este diálogo está implícita la identidad de la persona que emite el juicio sobre quién es útil y quién no, quién debería ser tratado y quién no debería serlo: es el médico, no el paciente.

Aquí encontramos las principales enseñanzas de nuestras actuales categorías éticas en genética; se exponen mejor en forma de preguntas: ¿apoyamos o nos oponemos al criterio —y a la política— según el cual el papel del experto debe limitarse a suministrar información verídica a su cliente? ¿Apoyamos o nos oponemos al criterio —y a la

política— según el cual el deber del experto es el de decidir cómo habrían de vivir los no expertos y, por lo tanto, deberían asumir el poder de imponer esas prácticas a aquéllos que, ignorándolo todo, no son capaces de negarse a ellas?

Si no vamos con cuidado a la hora de analizar los argumentos de Platón, si no caemos en la cuenta de que esas elecciones nos enfrentan a la necesidad de jerarquizar nuestras prioridades, y si nos negamos a ver los conflictos que, en la vida, se plantean entre salud corporal y libertad personal, podemos convertirnos en genios que manipulan genes, pero seguiremos siendo unos atrasados mentales al manipular a nuestros congéneres, y dejando que nos manipulen ellos. Platón no vacilaba, sin duda, a la hora de juzgar y permitir que los médicos decidieran qué vidas valía la pena conservar y cuáles no, quiénes deberían ser tratados y quiénes no.

> ...si un hombre tiene una constitución enfermiza y lleva una vida desordenada, su vida no le sirve ni a él, ni a nadie; la medicina no se inventó para estas personas, y no deberían ser medicadas, aunque fuesen más ricas que Midas.

Me resulta difícil enfatizar aún más que las propuestas avanzadas por Platón son remedios políticos para problemas morales perennes. ¿Cómo debería la sociedad tratar a los enfermos y a los débiles, a los viejos y a los «socialmente inutiles»? ¿Cómo deberían utilizarse los servicios de los terapeutas? ¿Cómo los de los soldados, los de los sacerdotes, o cómo los de los empresarios? Deberíamos ir con mucha cautela a la hora de alegrarnos y creer que nuevos adelantos biomédicos engendran necesariamente nuevos y auténticos problemas morales, sobre todo porque no hemos resuelto —ni siquiera hemos hecho frente— a nuestros viejos problemas.

No detallaré aquí las idioteces y los horrores propuestos o perpetrados, en las últimas décadas,

en nombre de la medicina, y, en particular, de la genética. Un ejemplo singular bastará para ilustrar mi opinión. los expertos médicos, como todos los seres humanos, pueden fácilmente identificarse con los detentadores de poder, pueden convertirse en sus obedientes siervos y, de este modo, sugerir y apoyar la más atroz política de mutilación y crimen contra individuos sufrientes o estigmatizados.

Las siguientes palabras, escritas en 1939, no pertenecen a un médico nazi, sino a un distinguido científico que debió frecuentar asiduamente la obra de Platón:

> La eugenesia es indispensable para la perpetuación de los fuertes. Una gran raza debe propagar sus mejores elementos... Las mujeres [sin embargo] se deterioran voluntariamente mediante el alcohol y el tabaco. Se someten a peligrosos regímenes dietéticos para adelgazar. Además, se niegan a parir hijos. Semejante defección se debe a su educación, al avance del feminismo, al incremento de un egoísmo ciego... La eugenesia puede ejercer una gran influencia sobre el destino de las razas civilizadas... La propagación de insanos y débiles mentales... debe evitarse... Ningún crimen causa tanta miseria en un grupo humano como la tendencia a la demencia... Obviamente, los que son víctimas de una pesada herencia ancestral de locura, debilidad mental, o cáncer, no deberían casarse... En consecuencia, la eugenesia exige el sacrifiico de muchos individuos...
>
> ...Las mujeres deberían recibir una educación superior, no para convertirse en médicos, abogados o profesores, sino para poder educar a su prole como a valiosos seres humanos.
>
> Queda sin resolver el problema del inmenso número de defectuosos y de criminales... Como ya indiqué, se asignan hoy gigantescas sumas para mantener prisiones y asilos de locos, para proteger al público de gángsteres y lunáticos. ¿Por qué preservamos a esos seres inútiles y dañinos? Los anormales impiden el desarrollo de los normales... ¿Por qué no dispone la sociedad de los criminales y los insanos de un modo

> más económico?... La criminalidad y la locura sólo pueden evitarse mediante un mejor conocimiento del hombre, mediante la eugenesia, mediante cambios en la educación y en las condiciones sociales. Mientras tanto, hay que tomar medidas drásticas contra los criminales... Probablemente, bastaría para restablecer el orden, con azotar a los delincuentes de menor importancia, o con recurrir a algún procedimiento más científico, y con encerrarles después por un tiempo en un hospital. Los que han asesinado, robado a mano armada, secuestrado a niños, despojado a los pobres de sus ahorros, engañado al público en asuntos importantes, deberían ser despojados y eliminados en pequeñas instituciones eutanásicas provistas de gases adecuados. Un tratamiento similar podría aplicarse con grandes ventajas a los enfermos mentales culpables de actos criminales.[3]

El hombre que escribió esto se llamaba Alexis Carrel (1873-1944), fue cirujano y biólogo, miembro del Instituto Rockefeller de Nueva York, y recibió, en 1912, el premio Nobel de Fisiología y Medicina por sus trabajos sobre suturación de vasos sanguíneos.

Aparte de ser sus propios agentes, como lo son siempre el científico médico o el médico practicante y, además, los agentes de sus pacientes, lo cual se da cada vez menos (de ahí el desencanto entre médicos y pacientes, a pesar de los notables avances técnicos de la ciencia médica), los médicos pueden ser —y lo son a menudo— los agentes de cualquier institución social o grupo concebible. Mal podría ser de otro modo. Las instituciones sociales se crean para suministrar lo necesario a los seres humanos; y, entre las necesidades humanas, destaca la de la salud para los que están incluidos en el grupo— y con frecuencia la de la enfermedad para los que están fuera. Por lo tanto, el médico se

3. A. Carrel, *Man, the Unknown* (Nueva York: Harper & Row, 1939), págs. 299-302 y 318-319.

dedica, y se ha dedicado siempre, a ayudar a algunas personas y a perjudicar a otras; sus actividades dañinas radican, como ya hemos visto en *La República* de Platón, en ayudar al Estado o a cualquier otra institución.

Permítanme narrar muy brevemente cómo los médicos, a lo largo de los siglos, no sólo actuaron ayudando a algunos, habitualmente a aquéllos que defendían la ética social dominante, sino perjudicando a otros, habitualmente los que se oponían a la ética social dominante.

Durante la baja Edad Media, los médicos desempeñaron un papel prominente en la Inquisición, ayudando a los inquisidores a acabar con las brujas mediante adecuados exámenes «diagnósticos» y tests[4].

La llamada disciplina de salud pública, originada en lo que primero se llamó reveladoramente «policía médica» (*medizinalpolizei*), surgió para servir los intereses de los gobernantes absolutistas de Europa en el XVII y el XVIII. El término, según George Rosen, fue empleado por primera vez en 1764 por Wolfgang Thomas Rau (1721-1772):

> Esa idea de la policía médica, es decir, la creación por el Gobierno de una policía médica y de su articulación mediante reglamentos administrativos, alcanzó rápidamente una gran popularidad. Se hicieron esfuerzos por aplicar este concepto a los grandes problemas sanitarios de la época, que alcanzaron un alto nivel en la obra de Johann Peter Frank (1748-1821) y Franz Anton May (1742-1814).[5]

La policía médica nunca pretendió ayudar al ciudadano individual o al paciente enfermo; más bien tenía por meta explícita «asegurar al monar-

4. Véase mi libro *The Myth of Mental Illness* (1961), págs. 32-34.
5. G. Rosen, *A History of Public Health* (Nueva York: MD Publications, 1958), págs. 161-162.

ca y al Estado Mayor poder y riqueza»[6]. Puesto que el poder y la riqueza para el Estado sólo podían obtenerse a menudo a expensas de una reducción en la salud y la libertad de ciertos ciudadanos, presenciamos aquí un enfrentamiento entre los ideales médicos platónicos e hipocráticos, donde los primeros triunfan fácilmente sobre los segundos. El resumen que hace Rosen del trabajo de Frank muestra su evidente carácter platónico:

> Al desarrollar la idea de que la salud de la gente es responsabilidad del Estado, Frank presentó un sistema de higiene pública y privada expuesto hasta en el más mínimo detalle... Se percibe claramente, a través de toda la obra, un espíritu de ilustración y humanitarismo, pero, como podría esperarse de un médico funcionario público que dedicó su vida al servicio de varios gobernantes absolutistas, grandes y pequeños, la exposición no sirve tanto para informar a la gente, o incluso a los médicos, como para orientar a los funcionarios que, se supone, regularán y supervisarán, en beneficio de la sociedad, todas las esferas de la actividad humana, incluso las más personales. Frank es un representante del despotismo ilustrado. El lector moderno puede, en muchos casos, sentir un rechazo por su excesivo hincapié en la regulación legal y por la minuciosidad con la que desarrolló sus propuestas, especialmente las cuestiones de higiene individual, personal.[7]

Entre las propuestas más interesantes de Frank estaba la de imponer un impuesto a los solteros —parte del esfuerzo de la policía médica por incrementar la población, suministrando así más soldados al monarca—, propuesta que aún no se ha abandonado en muchos lugares.

La Revolución francesa ayudó a reforzar la alianza entre la medicina y el Estado. Esta alianza

6. G. Rosen, «Cameralism and the Concept of Medical Police», *Bulletin of the History of Medicine* 27 (1953): 42.
7. Rosen, *A History of Public Health*, pág. 162.

está simbolizada por la aspiración del terapeuta a perfeccionar métodos más humanos de ejecución. En 1792, la guillotina —construida y bautizada con el nombre del Dr. Joseph Ignace Guillotin, miembro y médico de la Asamblea Revolucionaria y creador de un *Comité de Salubrité*— se convirtió en el instrumento oficial de ejecución en Francia. Es revelador, una vez más, que la primera guillotina se erigiera en Bicêtre, uno de los célebres manicomios de París, que se realizaran las primeras pruebas con ovejas vivas y luego con tres cadáveres de pacientes del asilo. Cuando paulatinamente fue calmándose el primer arrebato de entusiasmo por este avance médico, empezó a considerarse como ambigua la contribución de Guillotin al bienestar del hombre, incluso en aquellos días del Terror, hasta el punto de que el mismo Guillotin escribiera en su testamento: «Es difícil hacer el bien al hombre sin crearse uno mismo alguna incomodidad»[8].

En nuestros días, en las así llamadas sociedades libres, prácticamente todo grupo o centro, público y privado, contrata al médico como agente de sus intereses específicos. La escuela y la fábrica, los empresarios y los sindicatos, las líneas aéreas y las compañías de seguro, las autoridades de inmigración y los centros de control de drogas, las prisiones y los hospitales psiquiátricos emplean médicos. El médico, a sueldo, sólo puede elegir entre ser un agente leal a su empresario, sirviendo sus intereses tal como él quiera definirlos, o ser un agente desleal, con intereses distintos a los de su empresario tal como el propio médico los defina.

La principal decisión moral para el médico que no trabaja en una situación ideal de práctica privada es elegir la organización o institución para la cual trabajará; más que ninguna otra cosa, eso es lo que determinará el tipo de agente moral que

8. Recogido por A. Soubiran en *The good Doctor Guillotin and his strange Device* (Londres: Souvenir Press, 1963), pág. 214

puede ser para su paciente y para otros. De ello se desprende que deberíamos prestar más atención de la que acostumbramos a prestar a las distintas modalidades que emplean instituciones y organizaciones —ya sea la CIA, las Naciones Unidas, o cualquier otro grupo poderoso y de prestigio— para llevar a la práctica los conocimientos y las aptitudes médicas. Aunque estas consideraciones puedan parecer simples, su debida valoración no se refleja, al parecer, en la abundante y reciente literatura sobre problemas de ética médica, y en particular los relacionados con la genética. Para ilustrarlo, permítanme señalar aquí dos anécdotas que tuvieron lugar en una conferencia internacional celebrada, en 1971, sobre Aspectos Etícos de la Genética Humana, dedicada principalmente a problemas de conocimiento y asesoramiento genético.

Un participante, profesor de genética en París, en una discusión sobre el asesoramiento a los padres que pudieran tener hijos víctimas de la enfermedad de Tay-Sachs, dijo:

> Creo que la cuestión que se me planteaba era si yo quería o no suprimir a un niño. Mi respuesta fue definitivamente no, porque tenemos que reconocer una cosa que, con mucha frecuencia, pasamos por alto: la medicina es esencialmente, y por naturaleza, un trabajo contra la selección natural. La medicina se inventó por esa razón. Fue realmente para luchar en sentido contrario al de la selección natural... Cuando la medicina se utiliza para reforzar la selección natural ya no es medicina; es eugenesia. No importa nada que el resultado sea agradable o no; eso es lo que es.[9]

Vemos aquí dos graves errores. En primer lugar, las observaciones de este experto sobre el

9. J. Lejeune, «Discussion» acerca de la ponencia de F. C. Fraser, «Survey of Counseling Practices», en *Ethical Issues in Human Genetics: Genetic Counseling and the Use of Genetic Knowledge* de B. Hilton y otros ed. (Nueva York: Plenum, 1973), pág. 19.

antagonismo entre medicina y selección natural son un despropósito, y un despropósito notable para que lo mantenga y exponga un biólogo. En segundo lugar, al hablar de «suprimir a un niño». pone en el mismo saco y confunde conceptos y decisiones como no tener descendencia, realizar un aborto y matar a un niño.

Otro participante, un profesor de sociología de Ithaca, Nueva York, en una discusión sobre las «Implicaciones del diagnóstico paterno para la calidad y el derecho a la vida humana», dijo:

> ...el mejor modo de expresar su interés [el de la sociedad] es a través del asesor-médico, quien, en efecto, tiene una doble responsabilidad para con el individuo a quien sirve y para con la sociedad de la cual ambos forman parte... todos quedaríamos ciertamente disminuidos como seres humanos, si no en un gran peligro moral, si nos permitiéramos aceptar el aborto por razones esencialmente triviales. Por otra parte, temo que correríamos el mismo peligro, si no aceptáramos el aborto como medio de asegurar que tanto la cantidad como la calidad de la raza humana se mantengan dentro de límites razonables.[10]

Si así es cómo razonan los expertos sobre los problemas éticos de la genética, vamos realmente por mal camino. El sacerdote, el contable y el abogado defensor no intentan servir simultáneamente intereses antagónicos; el político, el psiquiatra y el experto en asesoramiento genético, sí[11].

Mis criterios sobre ética médica en general, implicaciones éticas del conocimiento e ingeniería

10. R. S. Morison, «Implications of Prenatal Diagnosis for the Quality of, and Right to, Human Life: Society as standard», in *ibid.*, págs. 210-211.

11. Véase mi *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Deshumanization of Man* (Garden City, N.Y.: Doubleday, Anchor Press, 1973) esp. págs. 190-217.

genética, en particular, pueden resumirse como sigue.

El biólogo y el médico son, ante todo y primordialmente, individuos; como individuos, tienen sus propios valores morales, que tenderán a intentar llevar a la práctica en su trabajo profesional y en sus vidas privadas.

En general, deberíamos concebir al médico, tanto si investiga como si ejerce, como agente del que le paga y, de este modo, lo controla; que ayude o perjudique al llamado paciente depende entonces, no tanto de que sea un hombre bueno o malo, como de la función que desempeña la institución para la cual trabaja, a saber, si pretende ayudar, o perjudicar al llamado paciente.

Mientras el biólogo, o el médico, elija actuar como científico, tiene la obligación de decir la verdad; no puede comprometer esa obligación sin descalificarse como científico. En la práctica de la medicina, en cambio, sólo determinadas situaciones permiten al médico cumplir con esa obligación absoluta de decir la verdad.

Mientras el biólogo, o el físico, elija actuar como ingeniero social, es agente de los valores morales y políticos específicos a los que se adhiere e intenta llevar a la práctica, o de aquéllos a los que se adhiere e intenta llevar a la práctica el empresario para quien trabaja.

La pretensión del biólogo, o del médico, de representar valores abstractos desinteresados —como la humanidad, la salud, o la medicación— debería desautorizarse; y sus esfuerzos por equilibrar, y su pretensión de representar intereses conflictivos múltiples —como los del feto contra la madre o la sociedad, o los del individuo contra la familia o el Estado— deberían aclararse pues encubren algo más, quizás su secreta lealtad a una sola de las partes en conflicto, o el cínico rechazo de los intereses de ambas partes en provecho de su propia fama profesional.

Si valoramos la libertad personal y la dignidad, deberíamos insistir, al enfrentarnos con los dile-

mas morales de la biología, la genética y la medicina, en que el compromiso del experto con los agentes y con los valores que sirve sea claro y explícito, y en que no se acepte el poder inherente a su conocimiento y a su preparación profesional como una justificación para ejercer controles específicos sobre los que carecen de ese conocimiento y esa preparación.

Enfermedad e indignidad

Todos los que estamos en profesiones sanitarias compartimos ciertas aspiraciones y metas fundamentales, entre las cuales las más importantes son mantener sanos a los sanos, devolver la salud a los enfermos y, en términos generales, salvaguardar y prolongar la vida. El hecho de que esas finalidades sean tan abrumadoramente buenas y nobles es lo que hace tan gratificante su aspiración y explica que sus profesionales se vean tan generosamente honrados y recompensados.

Pero la vida sería más sencilla de lo que es si la salud y la longevidad fueran sus únicos, o siquiera sus principales, propósitos, es decir, si no hubiera metas o valores que a menudo entran en conflicto con lo que se aspira. Uno de los valores que más fomentamos y que, a menudo, entra en conflicto con la aspiración de mantener como sea la salud de todos es la dignidad.

La dignidad es, por supuesto, esa cualidad inefable, pero obvia, de los contactos humanos que enriquece la propia estima. El proceso de dignificación es esencialmente recíproco; una conducta digna en una persona, o un grupo, engendra una conducta digna en otro, y viceversa.

Por el contrario, la indignidad es esa cualidad igualmente obvia, pero mucho más fácil, de los contactos humanos que empobrece la propia estima. Se presenta bajo distintas facetas, siendo una de las más comunes y trágicas la indignidad de la invalidez, la enfermedad y la senectud. Muchas personas, simplemente debido a una enfermedad,

se comportan de modo que pueden hacer indigna su conducta. Cuando una persona pierde el control sobre sus funciones corporales básicas, o cuando no puede trabajar, se hace indigna, aunque, con frecuencia, haga esfuerzos ingentes para que no sea así. El lenguaje, el más antiguo sistema, pero también aún el más seguro para orientar los verdaderos sentimientos de las personas, revela muy claramente la íntima conexión entre enfermedad e indignidad. En inglés, se usa la misma palabra para describir un pasaporte caducado, un argumento indefendible, un documento legal falso y una persona inválida por enfermedad. Llamamos a todas estas cosas *inválidas*. Ser un inválido es pasar a ser una persona invalidada, un ser humano sellado como *no válido* por la mano invisible, pero invencible, de la opinión popular. Aunque la invalidez lleve consigo la carga más grave de indignidad, parte del estigma acompaña prácticamente todas las enfermedades y cualquier participación en el papel de paciente.

Este hecho engendra dos problemas muy importantes para las personas que se dedican a profesiones sanitarias: el primero radica en que la conducta indigna del enfermo puede estimular la inclinación del profesional a responder con una conducta indigna; la segunda en que los pacientes inválidos, cuya invalidez les convierte en seres indignos, pueden preferir la muerte con dignidad a la vida sin ella. Permítanme reflexionar sobre cada uno de esos problemas.

Las conexiones entre enfermedad e indignidad son, en lo esencial, bastante obvias. Como el paciente no puede trabajar, no puede cuidar de sí, como debe desnudarse y someter su cuerpo a examen ante extraños, y por muchas otras razones igualmente buenas, el enfermo se siente no sólo como alguien que padece una enfermedad, sino que ha perdido su dignidad. Más aún, la pérdida de dignidad del paciente suele generar una pérdida

de respeto hacia él en quienes lo rodean, especialmente en su familia y en sus médicos. Este triste proceso de degradación suele ocultarse, aunque en mi opinión nunca con demasiado éxito, mediante el aparato y el vocabulario del paternalismo; la familia y el médico tratan al paciente como si fuera un niño (o aniñado), y el paciente les trata como si fueran sus padres (o superiores).

Esta tendencia fundamental —a infantilizar al enfermo y a paternalizar al terapeuta— se manifiesta de incontables maneras en la práctica cotidiana de la medicina. Por ejemplo, se supone que el paciente confía en su médico, pero el médico no tiene por qué confiar en su paciente; se supone que el paciente comunica sus íntimas experiencias corporales y personales al médico, pero el médico puede retener una información para el paciente.

La posición indigna del paciente con respecto a las autoridades médicas se ve simbolizada en la estructura lingüística de la situación médica. El paciente se comunica mediante un lenguaje vulgar, que comparte con su médico; el médico, en cambio, se comunica tan sólo parcialmente en el mismo lenguaje mientras habla *a* su paciente, y parcialmente en otro lenguaje mientras habla *sobre* él. El segundo lenguaje del médico solía ser el latín, y hoy ha pasado a ser la jerga técnica de la medicina. Por lo tanto, los pacientes no saben, o no comprenden, a menudo, qué funciona mal en ellos, qué se describe en su ficha médica, o qué medicación están tomando. Por supuesto, al igual que los niños y otras personas atemorizadas, humilladas u oprimidas, los pacientes prefieren muchas veces no saber esas cosas. Sin embargo, aunque así fuera —y no siempre es así—, no se justifica, en mi opinión, privarles de semejante información. Después de todo, muchas personas pueden preferir no saber qué hay debajo del capó de un coche, pero no podríamos aceptar que los fabricantes de cochen mantuvieran la política de ocultar información, o exponerla tan sólo a los compradores en circunstancias especiales.

Creo que muchas personas aceptan hoy, como algo correcto y adecuado, que los pacientes no puedan entender sus recetas o que no deban conocer el contenido de sus fichas médicas; pero, al mismo tiempo, protestan por las situaciones indignas que los médicos suelen imponerles. El resultado de este conflicto inarticulado es que las personas suelen sentirse angustiadas y humilladas ante la idea de tener que pedir atención médica, y evitan, o rechazan, con frecuencia, por completo esa atención.

Debemos tener en cuenta que algunas personas quieren y necesitan, no sólo salud, sino dignidad, que a menudo únicamente pueden obtener salud a costa de la dignidad y que, a veces, prefieren no pagar ese precio. Por ejemplo, es obvio que los pacientes participan con más ganas y más comprensión en situaciones médicas que suponen una escasa o nula humillación por su parte; por ejemplo, recurren libremente a los médicos por problemas de la vista, o lesiones atléticas. Es igualmente obvio que los pacientes participan con mucha desgana, o no participan en absoluto, en aquellas situaciones médicas que suponen una gran dosis de humillación por su parte; así, de mala gana requieren atención médica por sífilis o gonorrea, aunque esas enfermedades puedan hoy tratarse de modo eficaz y seguro, y a menudo no buscan atención médica alguna para «estados» cuyo tratamiento es humillante, hasta el punto de crear un estigma legalmente articulado, como es el de la adicción a las drogas, o el de las llamadas psicosis.

Hay aquí, para todos nosotros, una lección práctica: a saber, que no es suficiente hacer un trabajo terapéutico técnicamente competente sobre el cuerpo del paciente; debemos hacer un trabajo igualmente competente para salvaguardar su dignidad y su propia estima. En la medida en que fracasemos en este segundo objetivo, destruiremos el valor práctico de nuestra competencia técnica para con el enfermo.

Los esfuerzos por combatir la enfermedad, o por postergar la muerte, entran inexorablemente en conflicto con la necesidad de mantener la dignidad. La frase popular *muerte con dignidad* induce con frecuencia al engaño: la gente no sólo desea morir con dignidad, sino más bien vivir dignamente. Después de todo, morir forma parte de la vida, no de la muerte. Precisamente porque muchas personas viven sin dignidad mueren también sin ella. Personas resueltas y dignas, ya sean soldados o cirujanos, han deseado siempre morir con las botas puestas. Los militares han preferido tradicionalmente la muerte en el campo de batalla, o incluso el suicidio, a la rendición o a la degradación; los médicos prefieren una muerte brusca por infarto del miocardio a una muerte lenta por carcinomatosis generalizada. Esos ejemplos ilustran mi pretensión de que existe a menudo un antagonismo irreconciliable entre preservar y promover la dignidad y preservar y promover la salud.

Desde luego, muchos son los antagonismos de este tipo en la vida, y eso es lo que convierte en trágica la existencia humana en las concepciones griega y cristiana clásicas. Por ejemplo, en asuntos personales y políticos deseamos tanto la libertad como la seguridad, pero a menudo sólo podemos obtener una a expensas de la otra. La perspectiva científica y técnica moderna, aunque sea valiosa para alcanzar metas científicas y técnicas, nos desorienta cuando aísla los conceptos de salud y dignidad y promete incrementar al máximo cada uno a costa tan sólo del esfuerzo y la pericia científicas y técnicas. Esta perspectiva ha llevado a una estimación retorcida —y, en realidad, errónea— de todo el aparato responsable de mantener o asegurar buena salud. Muchas personas creen hoy —y están penosamente equivocadas— que pueden conservar, o recobrar, su salud simplemente gracias a los avances científicos de la medicina, sin sacrificio alguno por su parte, es decir, sin tener que pagar, controlar sus apetitos y sus pasiones, ni sufrir pérdida alguna de su dignidad.

El conflicto irreconciliable entre prolongar la vida y mantener la dignidad fue —como todos los conflictos fundamentales propios de la condición humana— bien evaluado y articulado por los antiguos griegos. En el *Fedón*, Platón ejemplifica ese dilema, así como el método socrático para resolverlo.

La escena de la muerte empieza con Sócrates rodeado de algunos de sus amigos más cercanos anunciándoles que ingerirá la cicuta. Tras una corta conversación entre Sócrates y sus amigos, éste se despide y pide al verdugo que traiga la taza envenenada. Pero Critón anima a Sócrates a esperar, a prolongar su vida mientras pueda: «Sócrates», suplica, «... sé que otros hombres toman el veneno más tarde, y beben y comen a conciencia, e incluso disfrutan de la compañía de sus amigos elegidos tras el anuncio de su muerte. No te apresures; todavía hay tiempo».

La respuesta de Sócrates articula la distinción entre la vida como un proceso biológico, que puede, y quizás deba, prolongarse todo lo posible, y como una peregrinación espiritual que puede, y deba, recorrerse y terminase de un modo adecuado. Esto es lo que Sócrates le contesta:

> Aquellos de quienes hablas, Critón, lo hacen, por supuesto, porque piensan que ganarán algo haciéndolo. Yo no lo haré, por supuesto, porque pienso que no ganaré nada bebiendo el veneno más tarde, sino mi propio desprecio por ahorrar tan ávidamente una vida que está ya gastada.

La distinción entre la muerte del cuerpo y el fin de la vida, que es la diferencia entre el criterio de Critón y el de Sócrates sobre la vida y la muerte, continúa desorientándonos en las ciencias terapéuticas. La razón principal de que así sea la explica también, y notablemente, Sócrates.

Critón pregunta a su amigo cómo desea ser enterrado. Sócrates replica:

> El [Critón] cree que yo soy el cuerpo que pronto verá cadáver, y me pregunta cómo ha de enterrarme. Todos los argumentos que he esgrimido para probaros que no permaneceré con vosotros después de haber bebido el veneno... Critón no los ha entendido... Porque, querido Critón, debes saber que usar equivocadamente las palabras no es sólo un error en sí, sino que corrompe el alma. Debes animarte y pensar que estás enterrando tan sólo mi cuerpo; y puedes enterrarlo como quieras y consideres adecuado.

La distinción que hace aquí Sócrates entre sí mismo y su cuerpo es al tiempo obvia y evasiva; todos sabemos con cuánta frecuencia no logran hacer hoy esa distinción las personas científicamente informadas e ilustradas.

La riqueza de la escena de la muerte para nuestro tema no se agota en modo alguno con mis precedentes observaciones. Hay también un significado en las palabras de despedida de Sócrates. «Critón», dice, «debo un gallo a Esculapio; no lo olvides». El sacrificio ritual que Sócrates pide aquí a su amigo se refiere a la costumbre de ofrecer un gallo a Esculapio, el Dios de la curación, al recobrarse de alguna enfermedad. En otras palabras, Sócrates contempla su muerte como el hecho de recobrarse de una enfermedad, presagiando así el punto de vista cristiano.

En resumen, el mensaje que quiero traerles es simplemente éste: hagan todo lo que puedan por practicar su pericia terapéutica, pero no lo hagan sacrificando la dignidad, tanto la propia como la de sus pacientes, porque ambas están atadas por vínculos similares a los del matrimonio, más fuertes aún, diría yo, especialmente en nuestros tiempos. Pues, si me permiten parafrasear las Escrituras, ¿de qué le aprovecha a un hombre ganar su salud si pierde su dignidad?

Un mapa para la ética médica: las justificaciones morales de las intervenciones médicas

Tras una vida de reflexión sobre lo que significa ser un paciente y estar enfermo, y lo que significa ser un médico y medicar, he acabado pensando que gran parte de nuestra confusión actual en torno a la ética médica descansa en nuestro fracaso a la hora de articular las diferencias entre ciertos hechos fundamentales y ciertas justificaciones elementales, llegando a un acuerdo sobre las consideraciones que justifican ciertas intervenciones médicas. En este breve ensayo intentaré ofrecer un mapa que pueda servir de ayuda para orientarnos en el ovillo de problemas médico-éticos con los que hoy nos enfrentamos. Al igual que cualquier mapa, no nos dirá dónde debemos ir. Pero nos dirá dónde conducen los distintos caminos.

Elijamos como paradigma de enfermedad el cáncer de pecho, y como paradigma de tratamiento la extirpación del pecho canceroso. El cáncer es una dolencia; esto constituye un hecho biológico y médico. La mastectomía es un tratamiento; eso constituye un hecho quirúrgico y legal. La pregunta médico-ética y médico-legal es: ¿qué justifica la intervención médica (quirúrgica) llamada mastectomía?

1. Según algunas personas, esa paciente debe sufrir una mastectomía porque tiene cáncer. Es la justificación inspirada por la enfermedad.
2. Según otros, la paciente debe sufrir una mastectomía porque se curará. Es la justificación inspirada por el tratamiento.

3. De acuerdo con otros, debe sufrir una mastectomía porque busca ayuda médica, porque el médico ofrece tratamiento quirurgico, el cirujano lo ha recomendado y la paciente está de acuerdo. Esta es la justificación inspirada por el consentimiento.

Es importante tener en cuenta que, aunque, en el caso ideal, las tres justificaciones coinciden y por así decirlo se anulan en una afirmación única, formulada tanto por el paciente como por el médico sobre las medidas a tomar, las justificaciones son independientes unas de otras y a menudo entran en conflicto. Unos pocos ejemplos aclararán y dramatizarán las disyunciones potenciales entre los hechos médicos y las justificaciones morales hasta aquí consideradas.

1. La enfermedad puede no justificar la intervención médica, por ejemplo si la paciente rechaza el tratamiento, por pertenecer a alguna secta religiosa (o por cualquier otra razón). Y la intervención médica puede justificarse aun sin la presencia de enfermedad: el aborto y la vasectomía son intervenciones médicas, pero el embarazo y la capacidad de fecundar no son enfermedades.
2. La cura (en el sentido de efectividad terapéutica) puede no justificar la intervención médica, como en el ejemplo anterior, donde la paciente rechaza el tratamiento. Y la intervención médica puede justificarse aun sin la eficacia terapéutica: la sangría, antaño, y el electroshock hoy son formas captadas de tratamiento; sin embargo, reconocemos ahora que la sangría perjudicaba el sistema circulatorio del paciente, y un día se reconocerá por fin que las convulsiones eléctricamente inducidas lesionan el sistema nervioso central del paciente.
3. El consentimiento puede no justificar legalmente la intervención médica, por ejemplo si el paciente es un adicto a la morfina y el médico se la suministra. Y la intervención médica puede jus-

tificarse legalmente aun sin el consentimiento, como sucede por ejemplo cuando se administran electroshocks al llamado depresivo suicida.

De este modo nuestros dilemas de ética médica tienen, cuando menos, dos fuentes: fácticas (o epistemológicas) y morales (o éticas). Al primer tipo pertenecen preguntas como ¿qué es enfermedad?, ¿qué es tratamiento?, ¿qué es consentimiento? Al segundo, pertenece la pregunta: ¿qué justifica ciertos contactos particulares entre sufrientes y curadores denominados por nosotros intervenciones médicas (quirúrgicas, psiquiátricas, etc.)?

Hay problemas molestos en ambas categorías. ¿Cómo definir, conocer, o ponernos de acuerdo, sobre lo que es enfermedad o tratamiento? ¿Es el embarazo (deseado o indeseado) una enfermedad? ¿Es un tratamiento el aborto? ¿Es una enfermedad la senectud? ¿Es un tratamiento la eutanasia? Los problemas son obvios, y no hay necesidad de detenernos aquí en ellos. Basta decir que, incluso si estuviésemos de acuerdo —cosa que, por otra parte, no nos aseguraría estar en lo cierto— sobre lo que debe incluirse en esas categorías, y lo que debe excluirse, muchos problemas ético-médicos seguirían siendo igualmente molestos. Pues, sin perjuicio de nuestro acuerdo sobre cuestiones de definición, nombre o «facticidad», permanecerían nuestros problemas sobre la justificación. Esos problemas exigen elegir y aceptar responsabilidades debido a las inexorables consecuencias de nuestras elecciones.

Disponemos de múltiples posibilidades de justificar las intervenciones médicas. Primero, podríamos viajar hacia el Oeste (por así decirlo), o sea: justificar la intervención médica por la dolencia. Por ese camino topamos con las coacciones y contracoacciones de pacientes y doctores, médicos y políticos. Pues, si la enfermedad justifica el tratamiento, los individuos tenderán a pretender, o a ocultar, enfermedades según deseen o no tratamientos específicos. Y los profesionales médicos tenderán a descubrir, o a negar, enfermedades se-

gún deseen imponer, o evitar, tratamientos específicos. (Personas que pretenden padecer graves dolores para obtener analgésicos, y médicos que imponen metadona a quienes desean heroína son ejemplo de ese camino.)

En segundo lugar, podríamos viajar hacia el Este, justificando la intervención médica por el tratamiento. En esa ruta, topamos también con las mismas o similares coacciones y contracoacciones de pacientes y doctores, médicos y políticos. Pues, si la eficacia terapéutica justifica la intervención médica, los médicos tenderán a pretender, o a ocultar, poderes terapéuticos según quieran o no dispensarlos, imponerlos o retenerlos. Y los individuos tenderán, según sus deseos, a intentar clasificarse, o desclasificarse, de distintos tratamientos. (Los médicos que evitan el uso y falsifican las propiedades farmacológicas de los opiáceos, los psiquiatras que pretenden ser capaces de tratar la enfermedad mental mediante el encarcelamiento, y los políticos que legislan sobre los derechos al tratamiento de los pacientes mentales encarcelados, son ejemplos de ese camino.)

En tercer lugar, podríamos viajar hacia el Norte, es decir, justificar la intervención médica por el consentimiento. Por ese lado —donde el aire es limpio, pero frío—, la medicina aparece como una ocupación de servicios contractuales. En semejante sistema, sólo los pacientes que desean tratamiento lo reciben, y sólo los médicos que desean dispensar tratamiento lo administran. Este sistema hace posibles ciertas intervenciones médicas que complacen al paciente y al médico, pero que pueden desagradar a otros; y hace imposibles ciertas otras deseadas por el paciente, la familia del paciente, el médico, la profesión médica o la sociedad en general, porque una u otra, o ambas partes necesarias para el contrato médico se niegan a entrar en él. (Individuos con enfermedades infecciosas, como la gonorrea, que rehúsan el tratamiento, o médicos católicos que se niegan a hacer abortos son ejemplos de ese camino.)

Podemos, por último, dirigirnos al Sur, justificando la intervención médica por una caprichosa y confusa combinación de las tres justificaciones precedentes. Este camino —donde el aire es brumoso y caliente —lleva a un infierno asfaltado de buenas intenciones médicas. En un sistema semejante, las relaciones entre pacientes y terapeutas son gobernadas por los peores elementos —los más despóticos, caprichosos y mendaces— de cada uno de los tres otros sistemas. Los pacientes, los médicos, los políticos y la gente en general tenderán a fabricar definiciones de enfermedad y tratamiento cada vez más arbitrarias y auto-útiles, e intentarán imponérselas mediante fraude, o por la fuerza, a cualquiera que se resista. (La aceptación oficial de considerar la heroína como una enfermedad y recibir metadona bajo vigilancia médica como tratamiento es un ejemplo de ese camino; también lo es la aceptación oficial de los desacuerdos personales, como enfermedades psiquiátricas, y de las torturas administradas médicamente como tratamientos psiquiátricos.)

No prometí ofrecer, y no ofrecí, solución alguna a los problemas ejemplificados por las situaciones enumeradas más arriba. Lo que he ofrecido, como observé al comienzo, es un mapa que espero proporcione un cuadro razonablemente preciso del territorio que todos nosotros —como pacientes, como médicos o como ambos— debemos atravesar en la vida. Y ofrezco algo más: una reflexión sobre todo ello.

Sé, o creo saber, que la vida es esencialmente trágica. En el sentido y en la tradición griega y cristiana, la tragedia es nuestro sino. Esto es un dato. Pero hay otra clase de tragedia, la que fabricamos, como pacientes y médicos, legisladores y legos, al eludir las elecciones trágicas impuestas por la vida. También es una tragedia, en mi opinión, la creencia de que podemos tener un sistema médico-ético y médico-legal que combine las virtu-

des, y no los males, que se derivan de justificar las intervenciones médicas por enfermedad, tratamiento y consentimiento. En otros términos, no es un sino trágico que debamos conllevar, sino un desatino trágico que debemos evitar.

La ética de la adicción

Para no dar por supuesto que sabemos en qué consiste la adicción a las drogas, empecemos por algunas definiciones.

Según el comité de expertos sobre drogas capaces de producir adicción de la Organización Mundial de la Salud,

> la drogadicción es un estado de intoxicación periódica, o crónica, perjudicial para el individuo y la sociedad, producido por el consumo repetido de una droga (natural o sintética). Sus características son: 1) deseo, o necesidad abrumadora (compulsión), de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis, y 3) dependencia psíquica (psicológica) y, a veces, física a los efectos de la droga.[1]

Dado que esta definición se apoya en el daño que el consumo de la droga causa al individuo y a la sociedad, es claramente ética. Además, al no especificar qué es «perjudicial», ni quién lo determinará, ni sobre qué base, esta definición asimila inmediatamente el problema de la adicción a otros problemas psiquiátricos, en los que son los psiquiatras los que definen la peligrosidad del paciente tanto para sí mismo como para los demás. De hecho, los médicos consideran perjudicial lo que la gente se hace a sí misma, pero no lo que ellos hacen a la gente. Por ejemplo, si estudiantes de bachi-

1. Recogido en *Noyes' Modern Clinical Psichiatry*, de L. C. Kolb, 7.ª ed. (Philadelphia: Saunders, 1968), pág. 516.

llerato fuman marihuana, es perjudicial; pero si psiquiatras administran drogas psicotrópicas a pacientes mentales involuntarios, no es perjudicial.

El resto de la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud es aún más dudosa. Habla de un «deseo abrumador» o «compulsión» a tomar la droga, y de esfuerzos por obtenerla «por cualquier medio». Una vez más, nos hundimos en el piélago conceptual y semántico de la jerga psiquiátrica. ¿Qué es un «deseo abrumador» sino simplemente el deseo mediante el cual elegimos libremente dejarnos abrumar? Y ¿qué es una «compulsión», sino simplemente una inclinación irresistible a hacer algo y seguir haciéndolo, aunque alguien piense que no debiéramos?

Llegamos así al esfuerzo por obtener la substancia adictiva «por cualquier medio». Esto nos sugiere que la substancia está prohibida, o que es muy cara por alguna otra razón, siendo por lo tanto difícil de obtener para una persona común y corriente; no supone que la persona que la desea tenga una ansia desaforada de droga. Si hubiese un suministro abundante y gratuito de lo que desea el «adicto», no habría razón para que empleara «cualquier medio» para obtenerlo. ¿Quiere la definición de la Organización Mundial de la Salud decir que sólo puede uno volverse adicto a una substancia ilegal, o difícil de obtener, por otras causas? Si es así —y obviamente es cierto que el fruto prohibido es más atractivo, aunque no puede negarse que algunas cosas también pueden ser atractivas, independientemente de cómo las juzgue la ley—, esto desplaza sin duda el problema de la adicción de la esfera médica y psiquiátrica simplemente a la de la moral y la ley.

La definición que ofrece de la adicción la tercera edición no resumida del diccionario Webster presenta las mismas dificultades. Define la adicción como «el uso compulsivo e incontrolado de drogas que crean hábito una vez superado el período de medicación, o que crean efectos daniños para la sociedad». Esta definición imputa al adicto

una falta de auto-control al tomar, o no, una droga, criterio éste harto dudoso en el mejor de los casos; al mismo tiempo, calificando un acto como adicción según el daño que causa o no a la sociedad, ofrece una definición moral de un estado que es manifiestamente médico.

Asimismo, el término habitual en Norteamérica de *abuso de drogas* [*drug abuse*] sitúa esta conducta en la categoría de la ética. Porque es la ética la que se ocupa de saber si algo es correcto o erróneo en los actos y en los bienes que poseen los hombres.

Es evidente que la adicción a las drogas y el abuso que de ellas se hace no pueden definirse sin especificar los usos propios e impropios de ciertos agentes farmacológicamente activos. La administración regular de morfina que inyecta un médico a un paciente que muere de cáncer es el paradigma del uso adecuado de un narcótico, mientras que su autoadministración, incluso ocasional, por una persona físicamente saludable con el propósito de obtener un placer farmacológico es el paradigma del abuso de drogas.

Propongo que esos juicios no tengan nada que ver con la medicina, la farmacología o la psiquiatría. Son juicios morales. De hecho, nuestros criterios actuales sobre la adicción son asombrosamente semejantes a algunos de nuestros antiguos prejuicios en relación con el sexo. La copulación dentro del matrimonio, con el fin de procrear, solía ser el paradigma del uso adecuado de los órganos sexuales, mientras que la copulación extramarital, con el puro fin del placer carnal, solía ser el paradigma de su uso impropio. Hasta recientemente, la masturbación— o auto-abuso, como era llamada en los países anglosajones— fue declarada por los profesionales y aceptada por el vulgo como causa y síntoma de diversas enfermedades[2].

2. Véase mi *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (Nueva York: Harper & Row, 1970), págs. 180-206.

Desde luego, hoy es prácticamente imposible incitar a una autoridad médica norteamericana (o extranjera) a que apoye el concepto de auto-abuso. La opinión médica mantiene actualmente que sencillamente no existe tal abuso, que masturbarse, o no, es médicamente irrelevante y que es un asunto de moral personal, o estilo de vida. Sin embargo, hoy es prácticamente imposible incitar a una autoridad médica norteamericana (o extranjera) a que se oponga al concepto de abuso de drogas. La opinión médica mantiene hoy que el abuso de drogas es un grave problema médico, psiquiátrico y de salud publica; que la adicción a drogas es una enfermedad similar a la diabetes, que requiere un tratamiento médico prolongado (o perpetuo) y cuidadosamente vigilado; y que tomar, o no, drogas es principal, si no únicamente, una cuestión de atención y responsabilidad médica.

Como cualquier política social, nuestras leyes sobre las drogas pueden examinarse desde dos puntos de vista completamente distintos, el técnico y el moral. Nuestra actual inclinación consiste, o bien en ignorar la perspectiva moral, o bien en tomar técnica por moral.

Como ejemplo de nuestra trasnochada y excesiva confianza en una aproximación técnica al llamado problema de las drogas está la profesionalizada mendacidad sobre el peligro de ciertos tipos de drogas. Dado que la mayoría de los propagandistas contrarios al abuso de drogas pretenden justificar ciertas medidas represivas apelando a la supuesta peligrosidad de algunas de ellas, falsifican a menudo las verdaderas propiedades farmacológicas de las drogas que pretenden prohibir. Lo hacen por dos razones: primero, porque muchas substancias de uso cotidiano son tan dañinas como las substancias que desean prohibir; en segundo lugar, porque comprenden que no basta con declararla peligrosa, que la peligrosidad no es nunca un argumento suficientemente persuasivo para jus-

tificar la prohibición de droga, substancia o artefacto algunos. En consecuencia, cuanto más ignoran los «perseguidores de la adicción» las dimensiones morales del problema, tanto más se ven obligados a exagerar sus argumentos fraudulentos acerca de la peligrosidad de las drogas.

No cabe duda de que ciertas drogas son más peligrosas que otras. Es más fácil matarse con heroína que con aspirina. Pero también es más fácil matarse saltando de un rascacielos que de una casa de pocas plantas.

En el caso de las drogas, justificamos su prohibición según su poder de auto-lesión; no hacemos lo mismo en el caso de los edificios.

Además, sistemáticamente, distinguimos dos modos muy distintos de causarse la muerte mediante narcóticos: el acto deliberado de suicidio y la sobredosis accidental.

Como sugerí en otro lugar, deberíamos considerar el suicidio como un derecho humano básico[3]. Si es así, resulta absurdo privar a un adulto de una droga (o de cualquier otra cosa) porque podría usarla para matarse. Hacer esto sería tratar a la gente como tratan los psiquiatras institucionales al llamado paciente mental suicida: no sólo le encarcelan, sino que le quitan todo —cordones de los zapatos, cinturones, cuchillas de afeitar, utensilios para comer, etc.— hasta dejar al «paciente» desnudo en un jergón dentro de una celda acolchada, para que no se mate. Así sólo se consigue la más degradante tiranización de los anales de la historia humana.

La muerte por sobredosis accidental es totalmente distinta. Pero ¿puede alguien dudar de que este peligro se debe hoy sobre todo al hecho de que la venta de narcóticos y otras drogas es ilegal? Las gentes que compran drogas ilícitas no pueden estar seguras del producto que adquieren ni de qué cantidad. El tráfico libre de drogas, gracias a

3. Véase, en este libro, el capítulo titulado «La ética del suicidio».

una acción gubernamental que se limitara a vigilar la pureza del producto y la veracidad de la etiqueta, reduciría el riesgo de sobredosis accidental con «drogas peligrosas» y lo situaría dentro de los mismos criterios que prevalecen hoy —y que consideramos aceptables— con respecto a otros agentes químicos y artefactos físicos que abundan en nuestra compleja sociedad tecnológica.

Aunque el objeto de este ensayo no es el de exponer las propiedades farmacológicas de los narcóticos y otras drogas que afectan la mente, podría decirse algo más sobre los peligros médicos y sociales que plantean. Antes de proceder a esa tarea, sin embargo, querría aclarar que, en mi opinión, prescindiendo de su peligrosidad, todas las drogas deberían legalizarse (término ambiguo que empleo de mala gana como una concesión al uso común). Aunque reconozco que algunas drogas —especialmente la heroína, las anfetaminas y el LSD entre las hoy en boga— pueden tener consecuencias personales o sociales indeseables, estoy a favor del comercio libre de drogas por la misma razón que los Padres Fundadores favorecieron el libre comercio de ideas: en una sociedad abierta no es en absoluto asunto del gobierno qué ideas lleva un hombre en la cabeza; asimismo, no debiera ser en absoluto asunto del gobierno qué drogas lleva en el cuerpo.

Es una característica fundamental de los seres humanos acostumbrarse a las cosas: uno se habitúa, o se vuelve adicto, no sólo a los narcóticos, sino a los cigarrillos, a los cocktails antes de cenar, al zumo de naranja en el desayuno, a las tiras de comics, al sexo, etc. Es una característica fundamental de los organismos vivos adquirir una creciente tolerancia hacia diversos agentes químicos y estímulos físicos: el primer cigarrillo puede producir tan sólo náusea y dolor de cabeza; un año después, fumar tres paquetes al día puede ser un puro goce. Tanto el alcohol como los opiáceos son,

pues, adictivos en el sentido de que cuanto más regularmente se ingieren más los ansía el usuario y mayor es su tolerancia hacia ellos. Sin embargo, en todo esto, no vemos proceso misterioso alguno que conduzca a «quedarse colgado». Es simplemente un aspecto de la propensión biológica universal al aprendizaje, que se encuentra especialmente muy desarrollada en el hombre. El hábito de los opiáceos, como el hábito de los cigarrilos o el de la comida, puede romperse —por lo general sin ninguna ayuda médica— siempre que la persona desee romperlo. A menudo no es así. Y ¿por qué habría que hacerlo si no tiene nada mejor que hacer en su vida? O si, como suele suceder con la morfina, puede vivir una vida esencialmente normal mientras se encuentra bajo su influencia. Esto, desde luego, suena completamente increíble, lo cual demuestra a las claras nuestra «adicción» a medio siglo de sistemática mendacidad oficial sobre los opiáceos, que sólo podríamos romper padeciendo los síntomas intelectuales que supondría abandonar para siempre esos tan apreciados prejuicios.

En realidad, el opio es mucho menos tóxico que el alcohol. Además, así como es posible ser un alcohólico que trabaja y produce, también es (o más bien solía ser) posible ser un adicto al opio trabajando y siendo productivo. Thomas de Quincey y Samuel Taylor Coleridge eran tomadores de opio, y «Kubla Khan», considerado uno de los poemas más bellos de la lengua inglesa, fue escrito mientras Coleridge se encontraba bajo la influencia del opio[4]. De acuerdo con un estudio definitivo hecho por Light y otros, publicado por la Asociación Médica Norteamericana en 1929, «la adicción a la morfina no se caracteriza por deterioro físico o lesión de la capacidad física... No hay pruebas de cambios en las funciones circulatorias, hepáticas, renales o endocrinas. Si se considera que esos su-

4. A. Montagu, «The Long Search for Euphoria», *Reflections* 1 (Mayo-junio, 1965): 65.

jetos llevaban por lo menos cinco años, y algunos de ellos más de veinte, adictos a esa droga, esas observaciones negativas adquieren una gran significación»[5]. En un estudio realizado en 1928, Lawrence Kolb, director general ayudante en el servicio norteamericano de salud pública, descubrió que, de 119 personas adictas a opiáceos por práctica médica, 90 tenían buenos historiales industriales y sólo 29 malos:

> A juzgar por su trabajo y sus propias declaraciones, ninguna de las personas normales vio reducida su eficacia por el opio. Veintidós trabajaban regularmente, aunque llevaban 25 años o más tomando opio; una de ellas, una mujer de 81 años, todavía ágil mentalmente, había tomado tres granos de morfina diariamente durante 65 años. (La dosis terapéutica usual es de un cuarto de grano, siendo tres o cuatro granos fatales para el no adicto.) Parió y crió 6 hijos, llevando sus tareas domésticas con una eficacia superior a la normal. Una viuda, de 66 años, había tomado 17 granos de morfina diariamente durante más de 37 años. Se encuentra mentalmente ágil... hace trabajo físico todos los días y se gana la vida.[6]

No cito estos datos para recomendar el hábito del opio. El hecho es que, de ser honestos, debemos distinguir entre efectos farmacológicos e inclinaciones personales. Algunas personas toman drogas para hacer frente a algo: por ejemplo, para que les ayuden a funcionar y estar a la altura de las expectativas sociales. Otros las toman para no enfrentarse con las cosas: por ejemplo, para ritualizar su negativa a funcionar y a estar a la altura

5. A. B. Light y otros, *Opium Addiction* (Chicago: American Medical Association, 1929), pág. 115; recogido por Alfred R. Lindesmith en *Addiction and Opiates* (Chicago: Adline, 1968), pág. 40.
6. L. Kolb, «Drug Addiction: A Study of Some Medical Cases», *Archives of Neurology and Psycriatry 20* (1928): 178; recog.do por Lindesmith en *Addiction and Opiates*, págs. 41-42.

de las expectativas sociales. Gran parte de los que hoy abusan de las drogas —quizá prácticamente la mayoría— pertenece al segundo tipo. Pero, en vez de reconocer que los adictos son incapaces, o no se adaptan, o se niegan al hecho de trabajar y ser normales, preferimos creer que actúan como actúan porque ciertas drogas —especialmente la heroína, el LSD y las anfetaminas— los vuelven enfermos. Si solamente pudiésemos curarles, piensan los que comparten este criterio confortable y confortador, se convertirían en ciudadanos productivos y utiles. Creer eso es como creer que, si un fumador de cigarrillos analfabeto dejase de fumar, se convertiría en Einstein. Con semejante falsedad no se puede ir muy lejos. Tampoco debe asombrarnos que este criterio encante a los políticos y a los psiquiatras.

La idea del libre comercio de drogas se opone también a otro concepto nuestro muy querido, el de que todos deben trabajar y de que el ocio sólo es aceptable en condiciones especiales. En general, la obligación de trabajar prima ante todo para los adultos blancos, varones y con salud. Toleramos el ocio en los niños, las mujeres, los negros, los ancianos y los enfermos, e incluso aceptamos la responsabilidad de mantenerles. Pero la nueva ola de drogadictos afecta principalmente a los adultos jóvenes, a menudo a varones blancos que, en principio cuando menos, son capaces de trabajar y mantenerse. Pero se niegan: se marginan, adoptando un estilo de vida donde *no* trabajar, *no* mantenerse, *no* ser útil a los demás resultan valores positivos. Esas personas desafían algunos de los valores básicos de nuestra sociedad. Poco puede sorprender entonces que la sociedad desee devolver el golpe, responder. Aunque sería más barato mantener a los adictos en el bienestar que «medicarlos», hacerlo implicaría legitimar su estilo de vida. Esto se niega a hacerlo la sociedad «normal». Por el contrario, la mayoría actúa como si sintiese que, mientras gasta su dinero en medicar adictos, debe obtener algún rendimiento de él. Lo que la

sociedad obtiene de su guerra contra la adicción es lo que todo movimiento persecutorio suministra a los perseguidores: al definir a una minoría como maligna (o enferma), la mayoría se confirma como buena (o sana). (Si eso puede hacerse para el bien de la víctima, tanto mejor.) En resumen, la guerra contra la adicción forma parte de esa aventura moderna que he llamado «fábrica de locura». Es, en efecto, una aventura terapéutica, pero con la siguiente grotesca conclusión: sus beneficiarios son los terapeutas, y sus víctimas los pacientes.

Quizá la idea del comercio libre de narcóticos asuste a las personas, ante todo porque creen que grandes masas de nuestra población se pasarían los días y las noches fumando opio, o pinchándose heroína en vez de trabajar y compartir sus responsabilidades como ciudadanos. Pero eso es un disparate que no merece ser tomado en serio. Los hábitos del trabajo y del ocio son pautas culturales profundamente arraigadas; dudo que un comercio libre de drogas convirtiese a personas activas de trabajadoras hormiguitas en hippies a golpes de pluma legislativa.

El otro lado de la moneda económica referente a las drogas y a los controles de drogas es, en realidad, bastante más importante. El gobierno se está gastando hoy millones de dólares —los salarios ganados con dificultad por norteamericanos que trabajan duro— para mantener una vasta y astronómicamente cara burocracia cuyos esfuerzos no sólo minan nuestros recursos económicos y perjudican nuestras libertades civiles, sino que crean cada vez más adictos y mantienen, indirectamente, el crimen asociado con el tráfico de drogas ilícitas. Aunque mi argumentación sobre tomar drogas sea moral y política —y no se apoye en demostrar que el libre comercio de drogas ofrecería también ventajas fiscales con respecto a las que rigen actualmente—, permítanme indicar brevemente algunos de los aspectos económicos del problema del control de drogas.

El primero de abril de 1967 entró en vigor el

programa de control para la adicción a narcóticos en el Estado de Nueva York, aclamado como «el más gigantesco jamás ensayado en la nación». El programa, que puede costar hasta 400 millones de dólares en 3 años, informó el «New York Times», fue aclamado por el gobernador Rockefeller como «el comienzo de una guerra interminable». Tres años más tarde, se calculó, en cifras conservadoras, que el número de adictos se había triplicado o cuadruplicado en el Estado. El senador por Nueva York, John Hughes, informó que el costo de la medicación de un solo adicto durante ese tiempo se elevaba a 12.000 dólares al año (en contraposición con los 4.000 dólares anuales para pacientes en hospitales mentales del Estado)[7]. Sin embargo, fue una época gloriosa para los propios ex-adictos. En una agencia de servicios para la adicción de Nueva York, un ex-adicto empezó con 6.500 dólares al año el 27 de noviembre de 1967 y estaba ganando 16.000 siete meses más tarde. Otro empezó con 6.500 el 12 de septiembre de 1967 y subió a 18.100 el primero de julio de 1969[8]. Los salarios de los médicos encargados de los programas no son menos atractivos. En resumen, la localización y rehabilitación de adictos es un buen negocio; como lo fue, en otros tiempos, la localización y rehabilitación de brujas. Ahora sabemos que la divulgación de la brujería en la baja Edad Media se debió más al trabajo de los cazabrujas que al esplendor de la brujería. ¿No será asimismo que la divulgación de la adicción en nuestros días se deba más al trabajo de los cazaadictos que al esplendor de los narcóticos?

Pensemos cómo parte del dinero gastado en la lucha contra la adicción podría ir a apoyar a personas que prefieren marginarse de la sociedad y drogarse. Su hábito, naturalmente, costaría muy poco, porque el libre comercio bajaría el precio de

7. Editorial titulado «About Narcotics» del *Syracuse Herald-Journal*, 6 de marzo de 1969.
8. «The New York Times», 29 de junio de 1970.

los narcóticos hasta cifras irrelevantes. Durante el año fiscal de 1969-1970, la Comisión para el Control de la Adicción a Narcóticos en el Estado de Nueva York tenía un presupuesto anual de casi 50 millones de dólares, sin incluir el destinado a la construcción de capital. Partiendo de esa cantidad como base aproximada de cálculo, llegamos a la siguiente conclusión: 100 millones de dólares mantendrían a 30.000 personas a razón de 3.000 dólares al año; puesto que la población del Estado de Nueva York es aproximadamente un décimo de la la nación, llegamos a una cantidad de 500 millones de dólares para mantener a 150.000 adictos a nivel nacional.

No estoy proponiendo que gastemos de este modo el dinero trabajosamente ganado. Estoy sólo intentando mostrar que el libre comercio de narcóticos sería más económico para aquellos de entre nosotros que trabajamos, aunque tuviésemos que mantener a legiones de adictos, que nuestro actual programa de intentar «curarles». Además, ni siquiera he incluido en mis cálculos económicos las fabulosas sumas que nos ahorraríamos al reducir así los crímenes que provoca hoy el tráfico ilegal de drogas.

No cabe duda de que el argumento de que la marihuana —o la heroína, o la metadona, o la morfina— está prohibida porque es adictiva o peligrosa no puede sostenerse ante los hechos. En primer lugar, hay muchas drogas —desde la insulina hasta la penicilina— que no son ni adictivas ni peligrosas, pero que, a pesar de todo, están prohibidas también: sólo pueden obtenerse con receta médica. En segundo lugar, hay muchas cosas —desde la dinamita a las armas— mucho más peligrosas que los narcóticos (especialmente para otros), pero que no están prohibidas. Como todo el mundo sabe, en los Estados Unidos sigue siendo posible entrar en una tienda y salir con un arma de fuego. No disfrutamos de ese derecho porque no creamos que las

armas sean peligrosas, sino porque creemos todavía aún más que las libertades civiles son sagradas. Sin embargo, no es posible, en los Estados Unidos, entrar en una tienda y salir con una ampolla de barbitúricos, de codeína o de otras drogas. Se nos priva ahora de ese derecho porque hemos llegado a valorar más el paternalismo médico que el derecho a obtener y a usar drogas sin recurrir a médicos intermediarios.

Propongo, por lo tanto, que el llamado problema del abuso de drogas forme parte de nuestra actual ética social, que acepta «protecciones y represiones» que se justifican mediante llamamientos a la salud pública semejantes a los que aceptaron las sociedades medievales cuando se justificaban mediante llamamientos a la fe[9]. El abuso de drogas (tal como lo conocemos) es una de las consecuencias inevitables del monopolio médico sobre las drogas, monopolio cuyo valor aclaman diariamente la ciencia y la ley, el Estado y la Iglesia, los profesionales y los legos. Al igual que antes regulaba la Iglesia las relaciones del hombre con Dios, hoy la Medicina regula las relaciones del hombre con su cuerpo. Cualquier desviación de las reglas promulgadas por la Iglesia se consideraba entonces herejía y era castigada con sanciones teológicas apropiadas, llamadas *penitencia*; la desviación de las reglas promulgadas por la Medicina hoy se considera abuso de drogas (o cualquier tipo de enfermedad mental) y es castigada con sanciones médicas apropiadas llamadas *tratamiento*.

El problema del abuso de drogas nos acompañará por eso mientras vivamos bajo la tutela médica. Esto no significa que, si fuese libre el acceso a las drogas, algunas personas no se medicarían de una manera que podría irritarnos, o perjudicarlas a ellas mismas. Esto fue precisamente lo que sucedió cuando se liberalizaron las prácticas religiosas.

9. Véase mi libro *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Deshumanization of Man* (Garden City, N. Y.: Doubleday, Anchor Press, 1970).

Estoy sugiriendo que, aunque la adicción sea de hecho un problema médico y farmacológico, en realidad es un problema moral y político. Hablamos como si intentásemos probar que las drogas *son* tóxicas, pero actuamos como si intentáramos decidir qué drogas *deberían ser* prohibidas.

Sin embargo, deberíamos saber que no hay una conexión necesaria entre hechos y valores, entre lo que es y lo que debiera ser. Así, actos, objetos o personas que pueden objetivamente perjudicarnos pueden ser aceptados y tolerados si minimizamos su peligrosidad. Y, a la inversa, actos, objetos o personas objetivamente inofensivos pueden ser rechazados y perseguidos si exageramos su peligrosidad. Hay siempre que distinguir —y en especial cuando se trata de política social— entre descripción y prescripción, hecho y retórica, verdad y falsedad.

Para exigir adhesión, la política social debe ser respetada; y, para ser respetada, debe ser considerada legítima. En nuestra sociedad, hay dos métodos principales para legitimar una política: la tradición social y el juicio científico. Más que ninguna otra cosa, el tiempo constituye el supremo árbitro ético. Cualquiera que sea la práctica social, si las personas la realizan generación tras generación, acabará por ser aceptada.

Muchos adversarios de la legalización de las drogas admiten que la nicotina puede ser más perjudicial para la salud que la marihuana; sin embargo, opinan que fumar cigarrillos debe ser legal, pero marihuana no, porque el primer hábito está socialmente aceptado, mientras el segundo no. Es una opinión muy razonable. Pero entendámosla tal como és, o sea como un llamamiento a legitimar prácticas antiguas y aceptadas y a poner fuera de la ley otras nuevas y no aceptadas. Es una justificación que se apoya sobre la precedencia, no sobre la evidencia.

El otro método de legitimar una política, siempre más adoptado en el mundo moderno, consiste en recurrir a la autoridad de la ciencia. En mate-

rias de salud, categoría amplia y siempre más elástica, los médicos desempeñan importante papeles como legitimadores e ilegitimadores. De ello deducimos que, independientemente de los efectos farmacológicos de una droga sobre quien la toma, si éste la obtiene de un médico y la toma bajo supervisión médica, su adicción es *ipso facto* legítima y adecuada; pero, si la obtiene de otros canales que no sean los médicos y la toma sin supervisión médica (y, sobre todo, si la droga es ilegal y el individuo sólo la toma con el propósito de alterar su estado mental), su adicción es ilegítima e inadecuada *ipso facto*. En resumen, ser tratado por un médico es uso de drogas, mientras que auto-tratarse (especialmente con ciertas clases de drogas) es abuso de drogas.

Esta es también una solución razonable. Pero entendámosla tal como es, o sea un llamamiento a legitimar lo que hacen los médicos, porque lo hacen con buena intención y fines terapéuticos, así como a poner fuera de la ley lo que hacen los legos, porque lo hacen con mala intención y con fines auto-abusivos y masturbatorios. Es una justificación que descansa sobre los principios del profesionalismo, no de la farmacología. Por eso, aplaudimos el uso médico sistemático de la metadona llamándolo «tratamiento contra la adicción de heroína», pero nos oponemos al uso ocasional y no médico de la marihuana llamándolo «peligroso abuso de drogas».

Nuestro actual concepto del abuso de drogas articula así y simboliza una política fundamental de la medicina científica, a saber: que un lego no debiera medicar su propio cuerpo, sino ponerlo bajo la supervisión de un médico debidamente acreditado. Antes de la Reforma, la práctica de la verdadera cristiandad se apoyaba en una política similar, a saber: que un lego no debía comunicarse por sí solo con Dios, sino que debía entregarse a la vigilancia espiritual de un sacerdote debidamente acreditado. Los auto-intereses de la Iglesia y de la Medicina en estas actividades quedan de manifies-

to. Lo que queda menos claro son los intereses de los legos: al delegar la responsabilidad del bienestar espiritual y médico de las personas a especialistas taxativamente acreditados, esas medidas —y las prácticas que las respaldan—, niegan a los individuos la posibilidad de asumir ellos mismos su propia responsabilidad. Tal como lo veo, nuestros problemas relacionados con el uso y el abuso de drogas son simplemente una de las consecuencias de nuestra ambivalencia en cuanto a la autonomía personal y la responsabilidad.

La principal herejía de Lutero fue la de suprimir al sacerdote como intermediario entre el hombre y Dios, dando al primero acceso directo al segundo. También desmistificó el lenguaje mediante el cual el hombre podía dirigirse a Dios, aprobando con tal intención lo que hasta entonces había sido llamado significativamente *la lengua vulgar*. Quizás sea cierto que la familiaridad engendra la indiferencia: el protestantismo no era simplemente una nueva forma de cristiandad, sino el comienzo de su fin, al menos tal como había sido conocida hasta entonces.

Propongo una reforma médica análoga a la Reforma protestante, una «protesta» específica contra la mistificación sistemática de la relación del hombre con su cuerpo y su separación profesionalizada de él. La meta inmediata de la reforma sería suprimir al médico como intermediario entre el hombre y su cuerpo, suministrando al lego acceso directo al lenguaje y al contenido de la farmacopea. Es significativo que, hasta hace poco, los médicos escribiesen las recetas en latín, y que los diagnósticos médicos y los tratamientos sigan todavía arropados en una jerga cuyas metas principales son inspirar un temor reverencial y mistificar a los legos. Que el hombre pudiera acceder directamente a su propio cuerpo, así como a los medios de alterarlo químicamente, significaría el fin de la Medicina, al menos tal como la conocemos. Por eso, mientras dure esa fe ciega en la Medicina, habrá poco interés en este tipo de reforma médica: los médicos

temen la pérdida de sus privilegios, los legos la pérdida de su protección.

Nuestra actual política con respecto al uso y al abuso de las drogas constituye así un alegato simulado para legitimar ciertos privilegios de los médicos y poner fuera de la ley ciertas prácticas de todos los demás. De ahí el que actuemos como si creyéramos que sólo los médicos tienen derecho a dispensar narcóticos, al igual que solíamos pensar que sólo los sacerdotes podían dispensar la bendición.

Por último, puesto que afortunadamente aún no vivimos en la perfección utópica del mundo, nuestra aproximación técnica al problema de las drogas ha llevado, y seguirá llevando indudablemente, a algunos curiosos intentos de combatirlo.

En un intento semejante, el gobierno norteamericano logró presionar a Turquía para que obligase a sus agricultores a reducir la producción de la adormidera (de donde proviene el opio, la morfina y la heroína)[10]. Si aceptamos la reciprocidad, quizás debiéramos esperar que el gobierno turco presionase a los Estados Unidos para que restringiese su producción de cebada. ¿O acaso debemos reconocer que los musulmanes tienen el suficiente auto-control como para dejar el alcohol y los cristianos, en cambio, necesitan el despliegue de controles policíacos, políticos y médicos de nativos y extranjeros para poder prescindir de los opiáceos?

En otro intento semejante, la Unión para las Libertades Civiles de California apoyó el deseo de un adicto a la heroína, en libertad provisional, de recibir un «tratamiento de mantenimiento con metadona»[11]. Desde esta perspectiva, el adicto tiene más derechos que el no adicto; para el primero la metadona suministrada, a expensas del contribuyente, es un derecho; para el segundo, la meta-

10. «Pursuit of the Poppy», *Time*, 14 de septiembre de 1970, pág. 28.

11. «CLU says Addict has Right to use Methadone», *Civil Liberties*, julio de 1970, pág. 5.

dona, suministrada a sus propias expensas, es una prueba de adicción a ella.

Creo que, así como consideramos la libertad de expresión y de religión como derechos fundamentales, deberíamos también considerar la libertad de auto-medicarse como un derecho fundamental; y que, en vez de oponernos con mendacidad a las drogas lícitas o promoverlas de un modo insensato, deberíamos, parafraseando a Voltaire, hacer de esta máxima nuestra regla: «¡Desapruebo lo que toma, pero defenderé hasta la muerte su derecho a tomarlo!».

En realidad, como la mayoría de los derechos, el derecho a la auto-medicación debería aplicarse sólo a los adultos; y no debería ser un derecho absoluto. Dado que hay límites importantes, es necesario especificar su ámbito exacto.

John Stuart Mill dijo (aproximadamente) que el derecho de una persona a mover su brazo termina donde empieza la nariz de su vecino. Asimismo, lo que limitaría la auto-medicación sería el infligir un daño efectivo (en contraposición al simbólico) a otros.

Nuestras prácticas actuales con respecto al alcohol incorporan y reflejan esa ética individualista. Tenemos derecho a comprar, poseer y consumir bebidas alcohólicas. Independientemente del hecho de que puedan ser perjudiciales para ciertas personas, su ebriedad no debe anular el derecho de otras a embriagarse también, mientras esas personas beban en la intimidad de su propia casa, o en algún otro lugar apropiado, y mientras se comporten en todo lo demás segun las leyes. En resumen, tenemos derecho a intoxicarnos, pero en privado. La intoxicación pública se considera una ofensa contra los demás y es considerada una violación de la ley penal.

Los mismos principios se aplican a la conducta sexual. El comercio sexual, especialmente entre esposa y esposo, es sin duda un derecho. Pero es

un derecho que debe ejercerse en casa, o en cualquier otro lugar apropiado; deja de ser un derecho en un parque público, o en una calle céntrica. Es para todos razonable que este derecho en un lugar pueda convertirse en una ofensa en otro, en virtud de su efecto perturbador sobre los demás.

El derecho a la auto-medicación debería enmarcarse en límites similares. La intoxicación pública, no sólo con el alcohol, sino con cualquier otra droga, debería ser una ofensa jurídica condenada por la ley penal. Más aún, los actos que puedan dañar a otros —como conducir un coche— deberían ser castigados de modo especialmente estricto y severo cuando se dieran en estado de intoxicación de drogas. El uso habitual de ciertas drogas, como el alcohol y los opiáceos, puede perjudicar también indirectamente a otros haciendo que el sujeto se sienta poco motivado para trabajar y, por lo tanto, no tenga trabajo. En una sociedad que mantiene a los parados, esta persona, como consecuencia de su propia conducta, sería una carga para sus vecinos que, en cambio, trabajan. No puedo analizar aquí cómo podría defenderse mejor la sociedad contra ese tipo de consecuencias. Sin embargo, es obvio que prohibir el uso de drogas que crean hábito no es solución para este riesgo, sino que, por el contrario, no hace más que incrementar las cargas fiscales previstas para los miembros productivos de la sociedad.

El derecho a la auto-medicación debe, por lo tanto, comportar la responsabilidad absoluta de su conducta sobre los demás en aquellos que ingieren o toman drogas. Pues, de no ser porque deseamos considerarnos responsables de nuestra propia conducta y considerar a los demás responsables de la suya, la libertad de ingerir o inyectarse drogas degeneraría en la libertad de dañar a otros. Pero aquí está el *quid*: solemos resistirnos a considerar a las personas responsables de su mala conducta. Por eso, preferimos reducir derechos a incrementar responsabilidades. Lo primero sólo requiere hacer leyes, que puedan entonces ser violadas o

eludidas más o menos libremente; lo segundo, en cambio, exige perseguir y castigar a los ofensores, cosa que sólo puede hacerse mediante leyes justas aplicadas justamente. De ahí que substituyamos siempre más la libertad de espíritu firme por una tiranía de corazón blando.

La situación de los adultos, si debiésemos considerar la libertad de tomar drogas como un derecho fundamental, sería semejante a la libertad de leer o de elegir su religión. ¿Cuál sería la situación de los niños? Dado que muchas de las personas que ahora se llaman drogadictos son menores, es de especial importancia que pensemos con claridad en este aspecto del problema.

No creo, y no propugno, que los niños tengan derecho a ingerir, inyectarse o tomar de cualquier otro modo cualquier tipo de droga o substancia que deseen. Los niños no tienen derecho a conducir, beber, votar, contraer matrimonio, o firmar contratos vinculantes. Adquieren esos derechos en diversas edades, llegando a la plena posesión de la madurez habitualmente entre los dieciocho y veintiún años. El derecho a la auto-medicación infantil debería aplazarse del mismo modo hasta la madurez.

En relación con esto, conviene recordar que los niños carecen incluso de libertades básicas como la oportunidad de leer lo que desean, o rendir culto al dios que elijen, libertades que consideramos derechos elementales en los adultos norteamericanos. En ese aspecto, como en otros importantes, los niños se encuentran totalmente bajo la jurisdicción de sus padres, o tutores. El hecho desastroso de que muchos padres no logren ejercer la autoridad adecuada sobre la conducta de sus hijos no justifica, en mi opinión, el privar a los adultos del derecho a conducirse de un modo que estimamos indeseable para los niños. Ese remedio no hace más que agravar la situación. Pues, si consideramos adecuado prohibir a los adultos el uso de narcóticos para evitar que los niños abusen de ellos, tendríamos que considerar adecuado tam-

bién prohibir el comercio sexual, conducir coches y aviones, de hecho, prácticamente todo, porque de esas actividades también los niños tienden a abusar. En resumen, sugiero que las drogas «peligrosas» sean tratadas más o menos como ahora se tratan el alcohol y el tabaco. (Eso no significa que yo crea que el Estado deba utilizarlas como fuente de ingresos fiscales.) Ni el uso de narcóticos ni su posesión debieran ser prohibidos, tan sólo debería serlo su venta a menores. Por supuesto, eso llevaría a la fácil expansión de todo tipo de drogas entre los menores, aunque quizás no más que ahora, sino probablemente más visible y, por eso mismo, más fácilmente sujeta a controles adecuados. Esa solución situaría la responsabilidad por el uso infantil de todo tipo de drogas allí donde corresponde: en los padres y sus hijos. A ellos también les corresponde la misma responsabilidad por el uso del alcohol y el tabaco. Es un síntoma trágico de nuestra negativa a asumir seriamente la libertad personal y la responsabilidad que parezca no haber deseo publico de asumir una postura similar hacia otras drogas peligrosas.

Piénsese en qué sucedería si un niño llevase una botella de ginebra a la escuela y se emborrachase allí. ¿Culparían las autoridades de la escuela a las bodegas locales por instigar a la bebida? ¿Culparían a los padres y al niño mismo? Hay alcohol en prácticamente todos los hogares de Norteamérica, pero rara vez se lo llevan los niños a la escuela, mientras que la marihuana, el LSD y la heroína —substancias que los niños no encuentran en su casa y cuya posesión misma representa un delito penal— encuentran con frecuencia su camino hasta allí.

Nuestra actitud sobre la actividad sexual suministra otro modelo para nuestra actitud sobre las drogas. Aunque habitualmente aconsejemos a los niños menores de cierta edad que no realicen actividades sexuales con otros (ya no les «ponemos en guardia» contra la masturbación), no prohibimos legalmente tales actividades. Lo que sí pro-

hibimos mediante leyes es la seducción sexual de niños por parte de adultos. La seducción farmacológica de niños por parte de adultos debería ser igualmente castigada. En otras palabras, los adultos que dan o venden medicamentos a los niños deberían considerarse delincuentes. Esta prohibición específica y limitada —en contraste con las prohibiciones generalizadas que tuvimos bajo la ley Volstead, o que ahora tenemos para con incontables drogas— sería relativamente fácil de hacer cumplir. Además, probablemente se la violaría pocas veces, porque habría poco interés psicológico y ningún beneficio económico por hacerlo. Por otra parte, el uso de drogas por y entre niños (sin la participación directa de adultos) debería ser un asunto perfectamente ajeno al ámbito de la ley penal, tal como lo es realizar actividades sexuales en circunstancias similares.

Hay, desde luego, un defecto fatal en mi propuesta. De adoptarse, nos quedaríamos sin la mayoría de nuestras víctimas preferidas: ya no podríamos espiarlas ni perseguirlas para protegerlas del abuso de drogas, práctica que hemos substituido a la antigua de espiarlas y perseguirlas para protegerlas del auto- abuso (es decir, la masturbación)[12]. Por lo tanto, no podemos, y no debemos, abandonar esa tiranía terapéutica para considerar a los niños como personas jóvenes con derecho a la dignidad que merecen nuestro respeto y que nos deben la responsabilidad que les otorgamos, hasta que estemos preparados para dejar de oprimir psiquiátricamente a los niños «en su interés».

Antes o después, tendremos que hacer frente al dilema moral básico que supone nuestro problema con las drogas: ¿tiene una persona derecho a tomar una droga —cualquier droga—, no porque la necesite para curar una enfermedad, sino porque quiere tomarla?

La Declaración de Independencia habla de nues-

12. Véase mi libro *The Manufacture of Madness*, capítulo 11.

tro derecho inalienable a la «vida, libertad y la búsqueda de la felicidad». ¿Cómo hemos de interpretar esa frase? ¿Asegurando que debemos ser libres para perseguir la libertad jugando al golf, o viendo la televisión, pero no bebiendo alcohol, ni fumando marihuana, ni ingiriendo anfetaminas?

La Constitución y la Declaración de Derechos no dicen nada sobre el tema de las drogas. Su silencio parecería dejar suponer que el ciudadano adulto tiene, o debería tener, el derecho a medicar su propio cuerpo como crea más conveniente. Si no fuese así, ¿por qué habría sido necesaria una enmienda constitucional para poner fuera de la ley a la bebida? Pero, si ingerir alcohol era y vuelve a ser ahora un derecho constitucional, ¿por qué ingerir opio, o heroína, o barbitúricos, o cualquier otra cosa no es también un derecho? Si lo es, la ley sobre narcóticos de Harrison no es sólo mala, sino inconstitucional, porque ordena, mediante un acto legislativo, lo que debiera promulgarse en una enmienda constitucional.

Las irritantes preguntas permanecen. Como ciudadanos norteamericanos, ¿acaso no tenemos, no deberíamos tener, el derecho a tomar narcóticos u otras drogas? Más aún, si tomamos drogas y nos conducimos como ciudadanos responsables y obedientes a la ley, ¿acaso no tenemos, y no deberíamos tener, el derecho a no ser molestados por el gobierno? Por último, si tomamos drogas y quebrantamos la ley, ¿acaso no tenemos, y no deberíamos tener el derecho a ser tratados como autores de un crimen, más que como pacientes acusados de estar mentalmente enfermos y obligados a permanecer recluidos en hospitales psiquiátricos?

Esas son cuestiones fundamentales que brillan por su ausencia en todos los análisis contemporáneos sobre problemas de adición y abuso de drogas. En este área, como en tantas otras, hemos permitido que un problema moral se disfrazase de problema médico, y nos hemos visto comprometidos en un simulacro de combate de boxeo entre enfermedades metafóricas y esfuerzos médicos por

combatirlas que van desde lo absurdo a lo aterrador.

El resultado es que, en vez de debatir el uso de drogas en términos morales y políticos, limitamos nuestra tarea a un estricto problema técnico que consiste en proteger a las personas para que no se envenenen con substancias de cuyo uso no pueden en modo alguno asumir la responsabilidad. Pienso que eso explica mejor que nada el aterrador consenso nacional que se opone a la responsabilidad del individuo para tomar drogas si quiere y para responder de su conducta mientras se encuentra bajo la tutela de la sociedad y de sus leyes.

En 1965, por ejemplo, cuando el presidente Johnson intentó aprobar un decreto imponiendo severos controles federales sobre la venta de ciertas píldoras farmacéuticas, el proyecto fue aprobado por el Congreso por unanimidad: 402 votos contra 0.

El fracaso de semejantes medidas para luchar contra la «amenaza de las drogas» sólo ha servido para fomentar el entusiasmo de nuestros legisladores por ellas. En octubre de 1970, el Senado aprobó, nuevamente por unanimidad (54 contra 0), «un decreto fundamental sobre narcóticos aclamado como piedra de toque en el programa anti-crimen del presidente Nixon. Se añaden al decreto fuertes medidas para el tratamiento y rehabilitación de quienes abusan de las drogas»[13]. En diciembre de 1971, el Senado aprobó —esta vez también por unanimidad (92 contra 0)— un decreto de «mil millones de dólares más para organizar el primer asalto generalizado y coordinado de la nación contra la insidiosa amenaza del abuso de drogas»[14]; en febrero de 1972, el Congreso votó por 380 votos contra 0 un programa trienal de 411 millones para combatir el abuso de drogas; y, en marzo, el mismo Congreso votó por 366 votos contra 0 un pro-

13. *Syracuse Post-Standard*, 8 de octubre de 1970.
14. *The International Herald Tribune*, 4-5 de diciembre de 1971.

grama federal contra el abuso de drogas con un presupuesto de mil millones de dólares para tres años.

Para mí, esa incesante unanimidad en esta cuestión sólo puede significar una cosa: la voluntad de eludir el problema real y un intento de dominarlo atacando y abrumando a un chivo expiatorio, las «drogas peligrosas» y los «drogadictos». Hay una semejanza siniestra entre la unanimidad con la cual todos los hombres «razonables» —en particular políticos, médicos y sacerdotes— apoyaron en otros tiempos las medidas protectoras de la sociedad contra brujas y judíos, y la unanimidad con la que ahora apoyan las medidas contra drogadictos y los que abusan de drogas.

Por último, esas votaciones repetidamente unánimes sobre medidas de largo alcance para combatir el abuso de drogas nos recuerdan amargamente que, cuando se ha alcanzado una situación crítica, es decir, cuando legisladores democráticos no saben hacer otra cosa, para preservar su integridad intelectual y moral, que ir en contra de ciertos mitos populares, demuestran ser o bien insensatos, o bien débiles. Prefieren correr con el rebaño a la impopularidad y a poner en peligro su reelección.

Después de que todo se haya dicho y hecho —después de que se escriban millones de palabras, se promulguen miles de leyes y se «trate» a un incontable número de personas por «abuso de drogas»— todo se reducirá a saber si aceptamos, o rechazamos, el principio ético que John Stuart Mill enunció tan claramente en 1859:

> El único propósito para ejercer correctamente el poder sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada, en contra de su voluntad, es evitar el daño a otros. Su propio bien, ya sea físico o moral, no es suficiente garantía. No puede, en justicia, ser forzado a hacer, o a soportar, porque eso le hará más feliz, porque, en opinión de otros, hacerlo, sería sabio, o incluso justo... En la parte [de su conducta] que meramente le concierne a él, su independencia es,

> por derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y mente, el individuo es soberano.[15]

El problema básico que supone la adicción —y muchos otros problemas, como la actividad sexual entre adultos consentida por ellos, la pornografía, la contracepción, el juego y el suicidio— es simple, aunque vejatoria: en un conflicto entre el individuo y el Estado, ¿dónde debería terminar la autonomía del primero y dónde debería empezar el derecho a intervenir del segundo?

Un modo de escapar al dilema es la ocultación: o sea, al disfrazar la cuestión moral y política en un problema médico y terapéutico para proteger la salud física y mental de los pacientes, podemos exaltar al Estado, oprimir al individuo y exigir beneficios de ambos.

La otra solución supone una confrontación: reconociendo el problema tal como es, podemos elegir aumentar la esfera de acción del Estado a expensas del individuo, o del individuo a expensas del Estado. En otras palabras, podemos comprometernos con el criterio de que el Estado, representante de muchos, es más importante que el individuo, y tiene, por lo tanto, el derecho, en realidad el deber, de regular la vida del individuo con arreglo a los mejores intereses del grupo. O podemos también comprometernos con el criterio de que la libertad y la dignidad individuales son valores supremos de la vida, y que el principal deber del Estado es proteger y promover esos valores.

En resumen, debemos elegir entre la ética del colectivismo y la ética del individualismo, y pagar el precio de cada una... o el de las dos.

15. J. S. Mill, *On Liberty* (Chicago: Regnery, 1955), pág. 13.

La ética de la terapia conductista

Mi meta en este ensayo es ofrecer una exposición de las dimensiones morales de la terapia conductista, identificar las actividades reales de los terapeutas conductistas, e indicar mi aceptación de algunas de sus intervenciones, mi rechazo de otras y las justificaciones a mis juicios.

Permítanme empezar expresando mi acuerdo con la pretensión de los terapeutas conductistas en el sentido de que, como todos los demás terapeutas, influyen sobre la conducta. Mi acuerdo incondicional con los terapeutas conductistas termina precisamente aquí. Aunque existan acuerdos específicos entre nosotros sobre algunos otros puntos —como el significado de la conducta efectiva más que su racionalización verbal, o la importancia de distinguir entre los objetivos del paciente y de los profesionales en la terapia—, no comparto su posición (en realidad, la de la mayoría de los demás psiquiatras y psicoterapeutas): insisto en distinguir tajantemente entre intervenciones psicoterapéuticas voluntarias e involuntarias, entre elección que lleva a contratar y coacción que lleva a capitular, en resumen: entre hacer algo *por una persona* y hacer algo *a* una persona.

Presiento que, en este punto, muchos terapeutas conductistas desearán interrumpirme y declarar su propia adhesión —indudablemente sincera— al principio del consentimiento del paciente informado del tratamiento, y su oposición —sin duda bien intencionada— al uso de la tecnología psiquiátrica o psicológica para el castigo. Temo

que estas protestas me dejarán tan poco convencido y tan frío como las protestas de los psicoanalistas y de los psiquiatras institucionales, según las cuales trabajan única y exclusivamente en beneficio de sus analizados o pacientes. Es un viejo refrán el que las palabras sobran, pero con el cual difícilmente podrían estar de acuerdo los terapeutas conductistas. Por eso, no es muy importante, ni muy interesante, lo que puedan *decir* los terapeutas conductistas sobre lo que hacen o por qué lo hacen; lo importante e interesante es qué *hacen*, y cómo lo describen. Así examinada, gran parte de lo que hacen parece ser sencillamente coactivo, impuesto al cliente, o paciente, por la fuerza, o el fraude.

Antes de ejemplificar esta afirmación, permítanme anticipar e intentar refutar una objeción que pudo surgir aquí. «Muchos terapeutas conductistas hacen muchas cosas», podrían objetarme. «Aunque pueda ser verdad que, entre todas las intervenciones necesarias, haya algunas coactivas, o involuntarias, representan tan sólo una pequeña fracción del total y, por tanto, no representan lo que es *realmente* la terapia conductista.»

En mi opinión, este tipo de argumento es bastante poco sincero. Aunque yo no sepa, y me atrevo a decir que nadie lo sabe, cuál es la exacta proporción de intervenciones terapéuticas conductistas voluntarias, o involuntarias —si la proporción es de 99 a 1, o de 1 a 1, o de 1 a 99—, una cosa quedaría clara sencillamente hojeando la literatura publicada en ese campo; la terapia conductista se utiliza rutinariamente sobre pacientes que, o no dan, o no pueden dar, su consentimiento pues no están informados acerca de su tratamiento.

La moderna terapia conductista tiene, me parece, un defecto hereditario adquirido de la madre de cuyo útero nació. Me refiero al contexto social donde se desarrolló por primera vez la terapia conductista: el hospital mental del Estado.

Los experimentos en cuestión son los realizados por Ogden Lindsley y B. F. Skinner en el Hospital Metropolitano de Waltham, Massachusetts, bajo los auspicios del Departamento de Psiquiatría de la Escuela Médica de Harvard, sufragados por becas provenientes de la Oficina de Investigación Naval y la Fundación Rockefeller, y hechos públicos en 1954. Lindsley y Skinner estudiaron a 15 pacientes varones que llevaban hospitalizados unos 17 años. Sus conclusiones coinciden a la perfección con sus propias palabras:

> La semejanza entre la actuación de pacientes psicóticos y la actuación de ratas, palomas y perros «normales» sobre dos programas de refuerzo intermitente sugiere que la conducta psicótica es controlada, en alguna medida, por las propiedades reforzadoras del medio físico inmediato, y que los efectos de diferentes programas de refuerzo sobre la conducta de psicóticos deberían investigarse aparte.[1]

No voy a cargar esta presentación con mis objeciones a las ideas y a la ética de Skinner, porque ya las he enunciado en otro lugar[2]; baste advertir que, en el pasaje antes mencionado, Lindsley y Skinner ponen la palabra *normal* —con la que califican a las ratas— entre comillas, pero no hacen lo mismo con la palabra *psicótico*, con la que califican a personas. En otras palabras, aceptan como obvio que, al igual que algunos individuos son diabéticos o leucémicos, otros son psicóticos. Considero que éste es un vicio funesto que se repite a lo largo del trabajo de Skinner sobre «pacientes mentales», así como en el trabajo de los terapeutas

1. O. R. Lindsley y B. F. Skinner, «A Method for the Experimental Analysis of the Behaviour of Psychotic Patients», *American Psychologist* 9 (agosto de 1954): 419.
2. Véase mi crítica a *About Behaviour* de B. F. Skinner en «Libertarian Review», 3 (diciembre de 1974): 6-7.

conductistas que aceptan esa premisa psiquiátrica[3]. Por último, es obvio que Lindsley y Skinner aceptan aquí también —como todos los que se han referido después laudatoriamente a ese trabajo— la legitimidad moral de encarcelar a «psicóticos» y luego «tratarlos» en contra de su voluntad. Que esto supone un peso ético capaz de invalidar todo el resto del trabajo basado en ese modelo, puede ser menos obvio, aunque creo que sí es el caso.

Durante las últimas décadas, gran parte de la terapia conductista se ha realizado en instituciones cerradas, es decir, en hospitales mentales y prisiones. Como ya dije antes, no sé, y dudo que alguien lo sepa, qué proporción de esa terapia se realiza coactivamente o contractualmente. Queda el hecho de que muchos de los receptores de los beneficios de la terapia conductista han sido, y siguen siendo, personas cuyo status como clientes, o pacientes, era involuntario, *pro forma*, o de hecho. Comentaré primero la terapia conductista en hospitales mentales, y después la terapia conductista en prisiones.

El detallado informe de Lindsley[4] sobre los experimentos, a los cuales me he referido, ya parece sentar el precedente para gran parte de este tipo de trabajo. «El método operativo libre», escribe en 1956, «puede usarse con muy escasas modificaciones para medir la conducta de cualquier animal, desde una tortuga hasta un genio normal». Es extraño que Lindsley considere aquí el genio como «normal», porque, en su próxima frase, propone aplicar ese método a los «psicóticos»: «Dado que no se exigen ni datos de referencias ni relación con el experimentador, el método es particularmente apropiado para analizar la conducta de pa-

3. Véase mi *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, ed. rev. (Nueva York: Harper & Row, 1974).

4. O. R. Lindsley, «Operant Conditioning Methods Applied to Research in Chronic Schizophrenia», en *Psychiatric Research Repots* 5 (1956): 118-119.

cientes psicóticos no verbales, escasamente motivados y crónicos».

Los pacientes mencionados en el estudio llevaban encarcelados unos 12 años. He aquí brevemente lo que dice Lindsley sobre ellos y sobre lo que hizo con ellos:

> Seleccionamos a pacientes dando preferencia a los que no estaban en libertad provisional, ni trabajaban en industrias del hospital, ni recibían terapia activa, ni visitantes. Lo hicimos para reducir al mínimo las variantes extrañas y facilitar el manejo del paciente... Nuestro procedimiento regular consistió en acercarnos a un paciente por primera vez en la sala y preguntarle si deseaba venir con nosotros para obtener dulces y cigarrillos. Los que no contestaban eran conducidos, si no nos seguían, hasta el laboratorio. Si, en cualquier momento, un paciente protestaba, o se negaba, se le devolvía a la sala.[5]

Evidentemente, Lindsley cree que tratar a los pacientes de ese modo basta para establecer que no han sido coaccionados. Ignora por completo el hecho de que está funcionando como un miembro del aparato institucional del hospital. Considero que semejante trabajo es tan sólo un poco menos odioso que experimentar con los reclusos en campos de concentración. Lo digo porque creo que es tarea moral de los psicólogos y psiquiatras salvaguardar, en general, la dignidad y la libertad de las personas y, en especial, las de aquéllas con quienes trabajan. Si, en vez de ello, se aprovechan profesionalmente del status de reclusión de los individuos o las poblaciones, son, en mi opinión, criminales.

Gran parte de la literatura sobre el uso de la terapia conductista en las instituciones mentales sabe a esa moral de agresión. Bastarán unos pocos ejemplos.

5. *Op. cit.*, pág. 128.

El escrito de Isaacs, Thomas y Goldiamond, titulado «Aplicación de condicionamiento operante para restablecer la conducta verbal en psicóticos», es típico. El título mismo resulta engañoso, pues se trata de un modo cientifista de describir un esfuerzo por hacer que hablen gentes que no tienen ganas de hacerlo. He aquí la descripción que hacen los autores de su primer paciente:

> Paciente A = El S [sujeto] fue llevado a una sesión de terapia de grupo con otros esquizofrénicos crónicos (que eran verbales), pero se sentó en la posición en la que colocado mantuvo la conducta retraída que le caracterizaba. Permaneció impasible mirando a lo lejos, incluso cuando se le ofrecían cigarrillos, que otros miembros aceptaban, pasándoselos por delante de la cara.[6]

No hay indicios de que los investigadores hicieran esfuerzo alguno por descubrir qué deseaba el paciente y satisfacer sus deseos. La idea de hacer hablar a este hombre que prefería no hablar era claramente el único objetivo de los investigadores, que trataron de imponérselo intentando seducirle con cigarrillos. Este sujeto, como el otro mencionado en el escrito, era, además, un paciente mental involuntario: «Paciente A, clasificado como esquizofrénico catatónico, 40 años, pasó a ser completamente mudo casi inmediatamente después de ser internado, hace 19 años»[7]. Quizás no deseaba la compañía de la gente a la que estaba condenado a soportar.

Aunque los autores narren, con evidente orgullo profesional, cómo intentaron hacer que el hombre hablase ofreciéndole cigarrillos (cuyo abuso está ahora a punto de ser declarado una nueva forma de enfermedad mental por la Asociación Psi-

6. W. Isaacs, J. Thomas e I. Goldiamond, «Applications of Operant Conditioning to Reinstate Verbal Behaviour in Psychotics», en L. P. Ullman y L. Krasner, eds., *Case Studies in Behaviour Meditication* (Nueva York: Holt, Rinehart & Winston, 1965), pág. 69.
7. *Op. cit.*

quiátrica Norteamericana), no hay pruebas de que intentaran conseguir el mismo resultado liberándole del encarcelamiento psiquiátrico.

El *uso* —y subrayo este término para llamar la atención sobre él— de pacientes indefensos, encarcelados y llamados esquizofrénicos, como conejitos de India para la terapia conductista es, naturalmente, rutinario. Podría llenar centenares de páginas con extractos de escritos donde se mencionan tratamientos similares. He aquí un informe típico, hecho por Teodoro Ayllon, un destacado terapeuta conductista: «Los sujetos eran dos pacientes mujeres de un hospital mental. Ambas pacientes habían sido clasificadas como esquizofrénicas... Anne tenía 54 años y llevaba 20 en el hospital; Enelda tenía 60 y llevaba en el hospital 18».[8]

Anne y Enelda se negaban a comer si no eran alimentadas, y el propósito del tratamiento de Ayllon era tratar de conseguir que comiesen por sí mismas. Se entiende claramente quiénes son los beneficiarios de este tipo de tratamiento. Que un terapeuta se enorgullezca, o se avergüence, de hacer este tipo de cosas es precisamente la clase de cuestión que suele eludirse en atención a los exclusivos aspectos técnicos de la terapia conductista (u otra).

En otro escrito, Ayllon explicita todavía más que, prescindiendo de su primer objetivo, lo que efectivamente hace es lograr que sean más manejables los «pacientes difíciles»:

> La paciente era una mujer de 47 años diagnosticada como esquizofrénica crónica... hospitalizada durante 9 años. Tras estudiar la conducta de la paciente en la sala, resultó manifiesto que el equipo de celadores dedicaban un tiempo considerable cuidando de ella. En particular, había tres aspectos de su conducta que parecían desafiar una solución. El primero era robar comida. El segundo era esconder las toa-

8. T. Ayllon, «Some Behavioral Problems Associated with Eating in Cronic Schizophrenic Patients», en Ullman y Krasner, eds., *Case Studies*, págs. 73-74.

llas en su cuarto. El tercer aspecto indeseable de su conducta consistía en llevar un número excesivo de ropas, por ejemplo media docena de trajes, varios pares de medias, sweaters y así sucesivamente.'

Ayllon concibió un complejo ritual social para tratar el robo de comidas que, según sus propias palabras, «consistió en que la paciente perdía un almuerzo cada vez que intentaba robar comida»[10]. Hablando llanamente, la paciente era castigada con el hambre por robar comida.

Dado el apoyo que la terapia conductista y sus terapeutas prestan a los principios y prácticas de la psiquiatría institucional, no puede sorprender que la Fuerza Operativa de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana para Terapia Conductiva haya preparado un brillante informe sobre ella. Los siguientes extractos provenientes del informe revelan los estrechos vínculos entre la psiquiatría coactiva y las terapias de condicionamiento:

> El precoz desarrollo del sistema de economía simbólica se produjo casi exclusivamente dentro del contexto de la sala cerrada del centro de tratamiento psiquiátrico, y resultó bastante útil para evitar, o superar, el deterioro de costumbres, o el síndrome de crisis social, que acompaña la hospitalización prolongada, sea cual sea el diagnóstico inicial.[11]

Al asumir su postura típica —enfermiza—, la Asociación Psiquiátrica Norteamericana se traiciona: la terapia conductista es útil porque permite a los psiquiatras imponer «una hospitalización pro-

9. T. Ayllon, «Intensive Treatment of Psychotic Behavior by Stimulus Satiation and Food Reinforcement», en Ullman y Krasner, eds., *Case Studies*, pág. 78.
10. *Op. cit.*, pág. 79.
11. American Psychiatric Association, Task Force on Behavior Therapy, *Behavior Therapy in Psychiatry* (Nueva York: Aronson, 1974), pág. 25.

longada de custodia» a sus víctimas, además de ahorrarles las incomodidades de cargar con el «deterioro de costumbres» de las víctimas.

Las observaciones de la Fuerza Operativa sobre los abusos en terapia conductista incriminan más aún esta forma de intervención. También aquí la Asociación Psiquiátrica Norteamericana persiste en su retórica habitual, intentando justificar la opresión psiquiátrica de los pacientes:

> Los terapeutas deben estar en guardia ante peticiones de tratamiento que adopten la forma de «hacerle "entrar en razón"», cuya única intención es hacer que la persona se conforme... Para evitar que esto suceda, se debe obtener el acuerdo del paciente, una vez informado sobre las metas y los métodos del programa terapéutico, hasta donde resulte posible.[12]

¡Hasta donde resulte posible! Y cuando no es posible, naturalmente, está permitido imponer sin consentimiento la terapia conductista.

La hipocresía de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana sobre coacción queda corta ante las observaciones que hace la Fuerza Operativa sobre terapias de aversión:

> En primer lugar, los métodos de aversión deben llevarse a cabo bajo la supervisión de los colegas del terapeuta clínico; en segundo lugar, esos métodos deben utilizarse tan sólo con el consentimiento del paciente... Si el terapeuta es consciente de lo que anima su propia conducta, podrá evitar la explotación en su trabajo con los pacientes.[13]

Esta declaración sobre la limitación del uso de las terapias de aversión a clientes que consienten es hipócrita. Si eso es lo que creen los autores de ese informe y la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, ¿por qué no han pedido persecución

12. *Op. cit.*, pág. 100.
13. *Op. cit.*, pág. 102.

penal para quienes usan terapia de aversión en clientes o pacientes involuntarios, por ejemplo, para los psiquiatras y psicólogos del Hospital Médico de California en Vacaville, donde se utilizó la succinilclina como una «herramienta de aversión», y donde esa «terapia» fue impuesta por lo menos a 5 reclusos, cuyo consentimiento se solicitó pero no se obtuvo?[14] Dado que pidieron su consentimiento a esos reclusos, los «terapeutas» debieron considerarlos capaces de darlo. El hecho de que esos profesionales los tratasen sin su consentimiento —ante la explícita negativa de los reclusos— establece, a mi entender por lo menos, que los terapeutas actuaron criminalmente. El silencio de los modificadores de conducta sobre esos usos e intervenciones hace muy poco persuasivos sus piadosos pronunciamientos sobre consentimiento y contrato.

En conexión con esto, me gustaría llamar la atención hacia un importante escrito de Dougal Mackay, donde se demuestra la radical incompatibilidad entre los principios básicos de la terapia conductista y la ideología de la psiquiatría, que, a pesar de todo, apoya con entusiasmo a los terapeutas conductistas[15]. Por qué lo hacen, queda bastante claro. Privados del apoyo profesional de la medicina y la justificación social del tratamiento, los terapeutas conductistas tendrían que subastar sus servicios en la plaza pública; allí, no podrían forzar a clientes involuntarios para que se hiciesen lo que no desean, y no podrían persuadir al público

14. T. S. Szasz, ed., *The Age of Madness: The History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts* (Garden City, N. Y.: Doubleday, Anchor Press, 1973), págs. 356-359.

15. D. Mackay, «Behavior Modification and its Psychiatric Straitjacket», *New Behavior*; 15 de mayo de 1975, págs. 153-157. Véase también D. A. Begelman, «Ethical and Legal Issues in Behavior Modification» en M. Hersen, R. Eisler y P. Miller, eds., *Progress in Behavior Modification* (Nueva York: Academic Press, 1975), vol. 1, págs. 159-189; y G. C. Davison y R. B. Stuart, «Behavior Therapy and Civil Liberties», *American Psychologist* 30 (julio de 1975): 755-763.

y al Estado de que les mantuviese a expensas del contribuyente. Eso les retrotraería a la posición en la que se encontraban los psicoanalistas vieneses en 1900, lugar que es exactamente el que les corresponde.

El uso de la terapia conductista en cárceles, especialmente cuando los resultados obtenidos influyen sobre las opiniones del personal de la prisión y de los encargados de vigilar los que están en libertad bajo fianza, suscita cuestiones fundamentales no sólo sobre la infracción de los derechos de los presos, sino también sobre la naturaleza y los límites del sistema penal. En los Estados Unidos, sería claramente anticonstitucional exigir como condición para abandonar la prisión que un preso se convirtiera de la religión A a la religión B. Evidentemente, no es anticonstitucional exigir que se convierta de la conducta A a la conducta B, especialmente cuando la conversión se llama terapia conductista.

Jonathan Cole, destacado apólogo de la psiquiatría institucional, ofrece su criterio sobre el uso de la terapia conductista en prisiones:

> Suponiendo que se informe claramente a un prisionero sobre la naturaleza de un programa de modificación de conducta, y que tenga la posibilidad de negarse a él si lo considera desagradable o indeseable, no parece haber inconveniente alguno en ofrecer a un preso, o a un grupo de presos, la oportunidad de cambiar una conducta que ellos mismos coinciden en querer cambiar.[16]

Cole considera inconcebible que alguien pueda oponerse a semejante solución debido a la posibilidad de abuso que supone, y no ofrece remedio alguno ante la posibilidad de que las autoridades

16. J. O. Cole, «What's in a Word? Or Guilt by Definition, Part II», *Medical Tribune*, 18 de junio de 1975, pág. 9.

penitenciarias, o los miembros de las juntas para la libertad provisional, castiguen a los presos por rechazar semejantes «ofertas»; de hecho, no considera siquiera esa posibilidad. No obstante, parece un problema muy real, como lo demuestra el ejemplo que sigue:

> Tres condenados por abusos deshonestos con niños han impugnado un programa estatal que utiliza electroshocks y condicionamiento social para cambiar su conducta social. Los tres reclusos dicen que el programa es anticonstitucional porque, según ellos, se les fuerza a participar para obtener su libertad condicional. Como parte de la terapia del programa, se administran descargas en el escroto durante un pase de diapositivas con niños desnudos. La descarga cesa cuando aparecen diapositivas de mujeres desnudas.[17]

Mostrar diapositivas de mujeres desnudas a presos varones y llamarlo terapia exige realmente imaginación. Pero, ¿por qué no enseñarles modelos vivos? Mejor aún, ¿por qué no suministrarles prostitutas a los presos? Debería quizás aclarar que sugiero estas cosas en broma. Esa salvedad es necesaria, ya que proxenetas y alcahuetas con credenciales médicas pretenden hoy ser terapeutas, y son ampliamente aceptados como tales.

La terapia conductista ha sido, durante mucho tiempo, parte integrante del programa de la Institución Patuxent, un híbrido entre la prisión y el hospital psiquiátrico, y, de hecho, uno de los más infames campos de concentracin psiquiátricos de los Estados Unidos. Su actuación consiste en que todos los reclusos sean sentenciados a una condena indeterminada, y cuya liberación depende de la «cooperación» de los cautivos con sus capturadores. Los principios que animan esta institución, y las prácticas que se han llevado a cabo en ella, han recibido el apoyo entusiasta de los nombres más

17. *New York Post*, 30 de enero de 1975.

afamados de la psiquiatría norteamericana, entre ellos, naturalmente, Karl Menninger[18].

En un juicio, celebrado en 1971, el tribunal, respondiendo a un grupo de presos que alegaban haber sido sometidos a «tratamiento inhumano», dictaminó que el uso de las unidades de segregación de esa institución constituye un castigo cruel y no muy frecuente. La sentencia provocó una creciente controversia sobre los métodos usados en Patuxent. Un artículo del «APA Monitor» afirma:

> El psicólogo Arthur Kandel, uno de los tres directores adjuntos de Patuxent, declaró que las celdas de segregación (llamadas «el agujero» por los reclusos) eran realmente reforzadores negativos..., usados como métodos de tratamiento positivo. Sin embargo, el tribunal determinó que las condiciones físicas en las unidades de segregación constituían un castigo cruel y poco frecuente... Sigmund Manne, el principal psicólogo de Patuxent, explica que la sentencia indeterminada es «parte esencial del programa terapéutico... Las personas responden patéticamente a la sentencia indeterminada», dice. «No comprenden que es una parte necesaria del tratamiento.»[19]

En el lenguaje y en la ley, la cura y el control son como dos orillas de un río claramente separadas por un cuerpo de agua, es decir, por una voluntad de distinguir los intereses de dos partes en conflicto. La palabra *terapia* —como en terapia psiquiátrica, o en terapia conductista— es un puente sobre el agua: une las dos partes en una fingida cooperación, y permite a una, a la otra, o a ambas, declarar la inexistencia de cualquier diferencia entre cura y control, contrato y coacción, libertad y esclavitud.

18. Véase mi libro *Law, Liberty and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices* (Nueva York: Macmillan, 1963) y capítulo 9 de este libro.

19. Véase mi libro *Law, Liberty, and Psychiatry...*, *op. cit.*, cap. 9. Además, el capítulo «Justicia en el Estado terapéutico», en este libro.

He escrito en otro lugar sobre la corrupción del lenguaje en psiquiatría y, más específicamente, sobre el uso de un lenguaje corrompido por parte de los psiquiatras para describir y justificar sus prácticas penales y punitivas[20]. La psiquiatría está hoy tan atiborrada de una especie de nueva jerga sobre la salud mental que resulta a menudo difícil conocer a qué hechos —si los hay— se refieren los autores. Por lo general, lo único claro es que insisten en la eficacia terapéutica y en la bondad moral de lo que hacen. La cita siguiente proviene de un artículo titulado «casos de custodia: cómo funciona en Kansas City el tratamiento coercitivo», y es típica:

> «Con frecuencia, cuanto más trastornado está el niño, más grave es la psicopatología de los padres, y menos capaces son de entrar voluntariamente en una alianza terapéutica», dicen Paul C. Laybourne Jr., director médico de la División de Psiquiatría Infantil del Centro Médico de la Universidad de Kansas, y su colaboradora Janet M. Krueger. Sugieren que quizás no exista la posibilidad de que un paciente psiquiátrico sea del todo voluntario en circunstancia alguna, apoyando su punto de vista con una cita del médico Richard R. Parlour: «Los pacientes se ven forzados al tratamiento por el dolor, el miedo y la desesperación, así como por esposas, patronos y jueces. El tratamiento voluntario es un mito».[21]

Nos encontramos ante destacados psiquiatras asegurando que dos y dos son cinco y siendo escuchados con respeto. ¿Por qué habría de ser así? Porque están defendiendo la nobleza de la fe médica y la infalibilidad del papado terapéutico, sentimientos muy estimados por los sacerdotes psiquiátricos. Pero, si no hay diferencia entre pacientes

20. Véanse mis libros *Ideology and Insanity...*, *op. cit.*, y *The second Sin* (Garden City, N. Y.: Doubleday, Anchor Press, 1973).

21. Publicado en el *Roche Report: Frontiers of Hospital Psychiatry*, 15 de marzo de 1975, pág. 1.

voluntarios e involuntarios, tampoco hay diferencia entre la servidumbre voluntaria e involuntaria. Se trata sencillamente de que algunas personas son forzadas a trabajar por el látigo y otras por su deseo de fama y fortuna. Eso convierte, por supuesto, en algo misterioso el que la esclavitud haya sido rechazada y abolida. Los escritos de Joseph Wolpe y Arnold Lazarus dan muestras de una notable proliferación de ese mismo hongo semántico. Mientras, por una parte, se mantienen discretamente silenciosos sobre las diferencias entre pacientes y tratamientos voluntarios e involuntarios, por la otra, apoyan implícitamente las coacciones tradicionales de la psiquiatría institucional, escribiendo frases como las que siguen:

> Ciertos tipos de reglas de castigo, que son habitualmente necesarias [en la terapia conductista], resultan tipificados por lo siguiente:
> 1. No está usted mentalmente enfermo y no hay posibilidad de que se vuelva loco... A menudo, es suficiente expresar seguridad de un modo autoritariamente dogmático... Debe explicarse que, por muy mal que evolucione una neurosis, sigue sin ser una psicosis; que las psicosis muestran una clara pauta hereditaria, no manifestada en la neurosis; que hay pruebas de anormalidad bioquímica en el suero de algunos psicóticos, mientras que los neuróticos son indiscernibles de las personas normales.[22]

Algunos creen que los judíos son el Pueblo Elegido; otros que Jesús es el Hijo de Dios y Dios él mismo; y, si Wolpe y Lazarus quieren creer lo que he citado en el párrafo precedente, no tengo nada que objetar. Después de todo, precisamente porque creen y predican esas afirmaciones, han sido los sumos sacerdotes de la terapia conductista.

Wolpe y Lazarus exponen esas enseñanzas «autoritariamente dogmáticas» —el término es su-

22. J. Wolpe y A. A. Lazarus, *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of the Neuroses* (Nueva York: Pergamon Press, 1966), pág. 19.

yo— en su contexto ético cuando se refieren directamente a los aspectos morales de la terapia conductista, sobre los que sacan las siguientes conclusiones:

> Nuestra discusión sobre los aspectos morales de la psicoterapia no puede concluirse sin hacer referencia a una objeción a la terapia conductista que se suscita con frecuencia en conferencias y seminarios, aunque no recordamos haberla visto impresa. La queja radica en que el terapeuta conductista asume una especie de omnipotencia, porque sus métodos exigen la completa aquiescencia del paciente, y se piensa que esto le priva de su dignidad humana. La verdad es que el grado de aquiescencia requerido no difiere del de ninguna otra rama de la medicina, o la educación. Los enfermos de pulmonía están dispuestos a hacer lo que el médico diga, porque él es el experto. Lo mismo sucede cuando el tratamiento requerido es psicoterapia.[23]

En resumen, Wolpe y Lazarus admiten —proclaman orgullosamente, en realidad— que el modelo para su propia conducta terapéutica es el médico que prescribe un tratamiento para la pulmonía.

Leonard Ullmann y Leonard Krasner, ambos destacados activistas en el movimiento de la terapia conductista, han examinado concretamente en qué difieren sus criterios de los míos. Repetir sus comentarios y hacer observaciones sobre ellos deberá ayudarnos a aclarar las cuestiones suscitadas.

Ullmann resume brevemente mis criterios sobre psicoterapia autónoma[24], cita mi afirmación de que «la responsabilidad del psicoterapeuta autónomo es la de mantener una impenetrable barrera entre la situación terapéutica y la vida real del paciente»,

23. *Op. cit.*, pág. 23.
24. Véase mi libro *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy* (Nueva York: Basic Books, 1964).

y, luego, comenta: «La primera diferencia de punto de vista es que esa terapia de conducta se refiere a una conducta en la vida real. El trabajo en el hogar, en la clase, en la sala de hospital y otros similares, facilita la generalización y estimula los cambios de conducta que constituyen la meta de la terapia conductista»[25].

Hay en estos comentarios una mala comprensión, o representación, entre lo que yo quiero decir con «vida real» y lo que Ullmann dice que quise decir. Quise decir sencillamente que el terapeuta no debe ejercer poder exterior alguno en la consulta, a favor o en contra del paciente. Por ejemplo, el terapeuta puede analizar la cartilla de reclutamiento con su paciente, pero no puede darle una carta para que la lleve a la junta de reclutamiento; o puede analizar el suicidio con el paciente, pero no entregarle a un hospital para que se lo impidan. En otras palabras, en la psicoterapia autónoma, la relación entre el terapeuta y el paciente es semejante a la que existe entre un arquitecto y los obreros que construyen la casa. En cada caso, el primero, al igual que los segundos, trata con cosas muy reales, pero las trata a un nivel verbal o simbólico; por ejemplo, el arquitecto proyecta un edificio, pero no derrama el cemento él mismo en el encofrado. Asimismo, el terapeuta habla sobre el matrimonio y el divorcio, el conformismo y la desviación, pero no fuerza —y no debe forzar— al paciente a hacer nada.

En manos de Ullmann, mi distinción entre niveles simbólicos y comportamentales, y entre el poder del lenguaje y la ley, se transforman en una dicotomía entre conductas reales e irreales. Dice Ullmann que los terapeutas conductistas tratan de la conducta de la vida real, y yo no. Con eso, Ullmann quiere señalar el compromiso efectivo de los terapeutas conductistas con la vida cotidiana

25. L. P. Ullmann, «Behavior Therapy as Social Movement», en C. M. Franks, ed., *Behavior Theraphy: Appraisal and Status* (Nueva York: McGraw Hill, 1969), pág. 513.

del paciente. Jamás usa la palabra *poder*, con lo cual queda difuso —aunque en modo alguno oscuro— quién controlará a quién.

La segunda diferencia que Ullmann encuentra entre mis criterios y los de los terapeutas conductistas es aún más asombrosa. Permítanme citarla antes de pasar a su comentario:

> El segundo punto de divergencia radica en la cuestión de la capacidad para elegir. Dado que sólo hay herencia y medio ambiente, debe aceptarse la posición de que cualquier hecho dado, de conocerse todos sus antecedentes, estaría determinado y sería totalmente previsible... En este aspecto, el individuo no tiene «elección»... El concepto de elección plantea también un problema lógico, el de una regresión interminable. Si una persona hace una «elección libre», ¿qué elige la elección y qué elige aquello que elige? La conducta no es totalmente previsible, o predeterminada, desde el punto de vista del observador, tanto si es el psicólogo como el propio interesado. Por lo tanto, el grado de determinismo es una función del nivel teórico y, en menor medida, del conocimiento del observador. Es paradójico que lo imprevisible de su conducta pueda llevar al paciente a suponer que está predeterminada... Puede ser realmente muy cómodo carecer de poder y no ser responsable.[26]

Desde luego, no es éste el lugar para traer a colación esta controversia sobre libertad y determinismo. Intentaré, por eso, limitarme a unas pocas y sencillas observaciones.

En primer lugar, Ullmann es incoherente, incluso en este pasaje (y en todo su ensayo). Afirma, al comienzo, que la conducta está predeterminada, que las personas no eligen. Sin embargo, al final, fustiga a aquellos que pretenden no tener poder y no ser responsables. Aunque Ullmann precisa su afirmación diciendo «en este aspecto el individuo no tiene "elección"», el individuo tiene una elección, ya que, «en este aspecto», se refiere a

26. *Op. cit.*, 528.

situaciones que jamás podrán cumplirse. De hecho, Ullmann explica entonces que «la pericia del terapeuta consiste en hacer que el paciente haga la elección "correcta"». Sin embargo, pocas páginas más adelante, escribe: «Si el terapeuta creyese en la libertad de elección, podría solventar ese problema. La cuestión, expuesta anteriormente, es que no puede creer en una libertad de elección»[27].

¿Quiere Ullmann decir que el terapeuta *no puede* creer en la libertad de elección, o que *no debe* creer en ella? Obviamente, puede creer en ella. Yo creo, y me cuesta imaginar que yo sea la única persona en el mundo. Debo confesar que me resulta desolador su modo de razonar, así como el uso que hace Ullmann del lenguaje.

También Krasner considera mi posición sobre la ética de la influencia psicoterapéutica y, más tajante aún que Ullmann, la contrasta con la de los terapeutas conductistas. Aborda la cuestión, que hace mucho sugerí, como una de las premisas morales básicas de la psicoterapia, a saber: ¿de quién es agente el terapeuta? Mi opinión es que el llamado terapeuta puede ser, de hecho, el agente de incontables individuos e instituciones, y que, cuando existen conflictos entre ellos, debe elegir a quién se propone servir. Además, insisto en que, mientras el terapeuta se defina como alguien que cura, debe ser el agente de su paciente, o cliente; y que, mientras se defina como el agente de la sociedad (o de cualquier otro individuo, o grupo, en conflicto con el paciente manifiesto), debe reconocer y manifestar claramente que actúa como adversario del paciente y no como su aliado[28]. He aquí cómo trata estas cuestiones Krasner:

> ¿Es cierto que el terapeuta, o modificador de conducta, puede provocar cambios específi-

27. *Op. cit.*, págs. 514 y 519.
28. Véase mi libro *The Myth of Mental Illness, op. cit.*

cos en la conducta del individuo en favor de quien actúa? ¿Para quién es «buena», o deseable, o valiosa, la nueva conducta? ¿Para el cliente, para el terapeuta, o para la sociedad?... Podría eludir este dilema mediante una especie de compromiso; podría decir que he esbozado de modo demasiado tajante el tema, que la vida rara vez resulta tan monolítica y que la decisión corresponde al paciente. Pero no intentaré evitar esta cuestión y me atreveré a sostener que *el terapeuta es siempre el agente de la sociedad.* Szasz adopta un punto de vista aparentemente opuesto, afirmando que el individuo debería tener una capacidad absoluta de elección sobre su propia conducta, incluyendo la auto-destrucción si así lo desea. [Subrayado añadido.][29]

Leyendo este pasaje se diría que Krasner desea vincular al terapeuta conductista al cumplimiento de las normas y de los valores sociales. Sin embargo, declara que no pretende eso:

> ¿Quiere esto decir que con ello estoy definiendo al modificador de la conducta como alguien que defiende el *statu quo* social? En absoluto; de hecho, me refiero al criterio del propio terapeuta como un instrumento de cambio social, un modificador de instituciones sociales. En efecto, como agente de la sociedad, el terapeuta ayuda a cambiar la conducta individual y también las propias instituciones sociales.[30]

Al percatarse de las incoherencias de los criterios que propone, Krasner intenta —sin mucho éxito— resolverlas:

> Podría parecer que los modificadores de conducta son incoherentes en su criterio sobre la relación entre sociedad e individuo; en un caso, son agentes de la sociedad y, en el otro, denuncian a la sociedad por su rechazo del individuo.

29. L. Krasner, «Behavior Modification — Values and Training: The Perspective of a Psychologist», en Franks, ed., *Behavior Therapy, op. cit.*, págs. 541-542.
30. *Op. cit.*, pág. 542.

> Pero esos puntos de vista se complementan entre sí... El terapeuta representa a la sociedad, pero es una sociedad no punitiva, que trata de encontrar medios de suministrar el máximo refuerzo social positivo para el individuo... La buena sociedad es aquélla donde todas las personas son reforzadores sociales positivos. El valor importante es comportarse de manera que satisfaga a los demás y contribuya (en opinión de éstos) al bienestar general de todos los hombres, de la sociedad... La individualidad, como fuente de conductas inhabituales, creativas, excitantes, e incluso imprevistas, suscita un refuerzo positivo en otros, si estas conductas tienen una utilidad social, si son «buenas» conductas.[31]

Toda la argumentación de Krasner es tan débil que dejaré que hable por sí misma. Sin embargo, su última frase es tan obscenamente falsa que requiere un comentario. El individuo inhabitual y creativo, declara Krasner, «suscita un refuerzo positivo en otros». Sócrates, Jesús, Spinoza y Semmelweis, se habrían interesado en esta ley social psicológica. ¿Qué puede decirse —en una época en la que quizá el motivo humano singular más poderoso es la envidia—, cuando uno de los más importantes psicólogos y terapeutas conductistas norteamericanos afirma que la conducta «buena» (las comillas son suyas) suscita refuerzo positivo en los demás? ¿Es ésta una tautología fatua, o un horrendo asentimiento al maoísmo? Sea como sea, pienso que Krasner lesiona aquí la causa de la terapia conductista aún mucho más de lo que yo podría pretender.

En definitiva, me parece que los terapeutas conductistas no pueden escapar fácilmente a sus propios límites pragmáticos, en especial a su propía seguridad de que, lo que cuenta, no es lo que digan los clientes o pacientes, sino lo que hagan: *mutatis*

31. *Op. cit.*, págs. 543-544.

mutandis, lo que cuenta, no es lo que dicen los modificadores o terapeutas conductistas, sino lo que hacen. Juzgados según este criterio, los terapeutas conductistas están condenados —por lo menos, para mí— a la aceptación acrítica de las consecuencias semánticas y sociales de la medicalización de los problemas humanos, y a la imposición auto-utilitaria de intervenciones sobre la conducta de clientes cautivos. No digo esto por estar en contra de la terapia conductista, sino porque me opongo a la coacción terapéutica.

A mi modo de ver, hay una distinción importante entre no querer algo y oponerse a ello. A mí, no me gusta la terapia conductista, pero no me opongo a ella. Podría explicarlo mejor quizás insistiendo una vez más en lo que creo que hacen efectivamente los modificadores de conducta.

En términos políticos, si el terapeuta conductista ejerce un poder efectivo —legalmente legitimado y capaz de imponerse— sobre el cliente, le alivia de sus síntomas de modo muy parecido a como el recaudador de impuestos alivia al ciudadano de su dinero. Si, por otra parte, no ejerce semejante poder, y su autoridad sobre el cliente deriva del deseo de dependencia y protección de éste, el terapeuta conductista le alivia de sus síntomas de un modo muy parecido al que utiliza la Iglesia para aliviar de su dinero a los feligreses.

En términos psicológicos, dado que, en la terapia conductista, una persona se ve *forzada* a hacer algo que teme hacer y que, por eso mismo, no desea, una de dos: habrá coacción, o habrá un simulacro de coacción. Si el terapeuta ejerce poder real sobre el paciente —por ejemplo, si es un paciente mental recluido, y el terapeuta tiene autoridad legal para «tratarle»—, la terapia conductista es simplemente uno de los incontables modos mediante los cuales una persona, en posesión de poder, controla la conducta de otra que no lo tiene. Si, por otra parte, el terapeuta carece de poder real sobre el paciente —por ejemplo, si el paciente es un cliente que paga cada minuto que pasa en el

despacho privado de un psicólogo—, la terapia conductista es uno de los incontables modos mediante los cuales dos personas representan escenas de coacción simulada, donde uno de los participantes pretende controlar y el otro pretende ser controlado, mientras ambos pretenden creer la pretensión del otro.

Que consideremos ambos o ninguno de esos usos de la terapia conductista como virtuosos o malignos dependerá, en general, de nuestra ética y nuestra política y, en particular, de nuestra lealtad, hostilidad, o indiferencia, hacia la terapia conductista como método y mística psiquiátrico-psicológicos.

Creo que, en el campo de la salud mental, al igual que en la medicina, nuestras acciones deberían estar informadas y gobernadas por una antigua máxima latina con una ampliación reciente. La vieja máxima es *caveat emptor* («que el comprador se guarde»). La extensión que sugiero es *optet emptor* («que el comprador elija»).

Lo que quiero señalar es que creo que se debe permitir al cliente, o paciente, elegir el beneficio, o el sufrimiento, que se derivarán de su elección. Se trata de una pauta ética, no técnica. Por consiguiente, mis criterios difieren de los criterios de los técnicos psiquiátricos y psicológicos, cuya pauta articula Cole al declarar: «La cuestión no es saber si la modificación de conducta es mala, sino si funciona»[32]. A mi entender, la cuestión no es determinar si la modificación de conducta funciona, sino si el cliente la desea.

Como norma, una confrontación directa entre las aproximaciones técnicas y éticas a los asuntos humanos es bastante poco productiva. Cada parte está interesada en alguna otra cosa. El resultado es un callejón sin salida, pero quizás un callejón

32. J. O. Cole, «What's in a Word?...» (*op. cit.*), parte I, en *Medical Tribune*, 11 de junio de 1975, pág. 22.

sin salida que merece ser reexpresado claramente. El tecnicista desea saber si cierto método de intervención en los asuntos humanos funciona, o no. Es, desde luego, su intervención, y él decide si funciona, o no. Si es así, la considerará moralmente buena, sin importarle lo que piense de ella quien reciba esa intervención. Desde esta postura, las intervenciones médicas, o psiquiátricas, involuntarias parecen buenas y justificables, puesto que se hacen en beneficio del paciente, o cliente. El ético desea saber si cierto método de intervención en los asuntos humanos es contractual, o impuesto. Si es contractual, deduce que beneficia a ambas partes, aunque tienda a ser más deseable, o necesario, para la parte que busca el contrato que para la parte que accede a él. Si es impuesto, deduce que ayuda a quien lo impone, y perjudica al sometido. Desde esta postura, las intervenciones médicas, o psiquiátricas, involuntarias parecen malas e injustificables, porque subvierten el mandato moral de las profesiones cuyo fin es ayudar.

Aunque, en la práctica efectiva, pueda existir algo más de sutileza moral en los encuentros psiquiátricos de lo que pueda deducirse de esta dicotomía, las posiciones que acabo de delinear indican dos papeles sociales y estilos personales importantes y de fácil identificación. Jamás podrán converger.

La ética del suicidio

En 1967, un editorial del «Journal de la Asociación Médica Norteamericana» declaraba que «el médico actual ve el suicidio como una manifestación de enfermedad emocional. Rara vez lo contempla en un contexto distinto al de la psiquiatría»[1]. Quedaba implícito, tanto más enfatizado cuanto que inexpresado, que contemplar de este modo el suicidio era, al mismo tiempo, actuar con precisión científica y con intención de fomentar una conducta moral. Intentaré mostrar ahora lo contrario: esa perspectiva del suicidio es tanto errónea como maligna; errónea, porque trata un acto como si fuese un acontecimiento y, maligna, porque sirve para legitimar el uso psiquiátrico de la fuerza y el fraude justificándolo como cuidado médico y tratamiento.

Es difícil encontrar hoy a una autoridad médica, o psiquiátrica, «responsable» que no contemple el suicidio como un problema médico y, concretamente, de salud mental.

Por ejemplo, Ilza Veith, conocido historiador de la medicina, declara que «el acto [de suicidio] representa claramente una enfermedad y es, de hecho, la menos curable de todas las enfermedades». Naturalmente, no siempre fue así. El propio Veith observa que «sólo en el siglo XIX empezó a consi-

1. Editorial, «Changing Concepts of Suicide», *Journal of the American Medical Association*, 199 (marzo de 1967): 162.

derarse el suicidio como una enfermedad psiquiátrica»[2].

Si es así, podríamos preguntar: ¿qué ocurrió en el siglo XIX para quitarle al suicidio su categoría de pecado, o de crimen, y situarlo en la de enfermedad? La respuesta es nada: no se *descubrió* que el suicidio fuese una enfermedad; se *declaró* que lo era. El fundamento mismo sobre el que descansa la psiquiatría moderna es el cambio de nombre y la reclasificación de los suicidas en enfermos de un conjunto de conductas antes consideradas pecaminosas o criminales. En otro lugar, he analizado y documentado el proceso de reclasificación[3]. Aquí, bastará con mostrar en qué afecta a nuestros criterios sobre el suicidio. Lo haré citando algunas opiniones ilustrativas.

Bernard R. Shochet, psiquiatra en la universidad de Maryland, afirma que «la depresión es una grave enfermedad sistémica, con concomitancias tanto psicológicas como fisiológicas, y que el suicidio es parte de ese síndrome». Esa pretensión, como veremos una y otra vez, sirve principalmente para justificar el sometimiento del llamado paciente a intervenciones psiquiátricas involuntarias, en particular a la hospitalizacón mental involuntaria: «Si la seguridad del paciente está en peligro, debemos insistir en la hospitalización psiquiátrica»[4].

Harvey M. Schein y Alan A. Stone, psiquiatras de la Universidad de Harvard, expresan los mismos criterios. «Una vez que los pensamientos suicidas del paciente son conocidos», escriben, «el terapeuta debe esforzarse por aclarar al paciente que él, el terapeuta, considera el suicidio como una acción desadaptada, irreversiblemente contraria a los intereses y metas sensatas del paciente; que

2. I. Veith, «Reflections on the Medical History of Suicide», en *Modern Medicine*, 11 de agosto de 1969, pág. 116.

3. Véase mi libro *The Myth of Mental Illness...*, *op. cit.* e *Ideology and Insanity...*, también *op. cit.*

4. B. R. Shochet, «Recognizing the Suicidal Patient», en *Modern Medicine*, 18 de mayo de 1970, págs. 117 y 123.

él, el terapeuta, hará todo cuanto esté en su mano por impedirlo, y que el potencial para semejante acción brota de la enfermedad del paciente. Es igualmente esencial que el terapeuta crea en la postura profesional; si no es así no debería tratar al paciente dentro del delicado marco humano de la psicoterapia.»[5]

A mí me parece que, si un psiquiatra considera el suicidio como «un acto de desadaptación», debería evitar él realizar semejante acto. No está claro que la confianza que deposita el paciente en su terapeuta, hasta el punto de confesarle sus pensamientos suicidas, deba conducirle *ipso facto* a ser considerado incapaz de ser árbitro de sus propios y mejores intereses. Sin embargo, en esto exactamente insisten Schein y Stone. Y, una vez más, la argumentación tiende a legitimar el hecho de privar al paciente de una libertad humana básica, la libertad de cambiar de terapeuta cuando el paciente y el médico están en desacuerdo sobre la terapia: «El terapeuta debe insistir en que el paciente y el médico —*juntos*— comuniquen a personas importantes de su entorno, tanto a profesionales como a familiares, el hecho de que el paciente es un suicida en potencia... El intento de suicidio no debe ser parte del secreto profesional terapéutico». Y, más adelante, añaden: «Este tipo de paciente debe obviamente ser hospitalizado... el terapeuta debe estar preparado para pasar a la hospitalización, con medidas de seguridad y medicación...»[6]. Muchas otras autoridades psiquiátricas podrían ser citadas para ilustrar la actual unanimidad en este criterio sobre el suicidio.

Los abogados y juristas han aceptado ávidamente la perspectiva psiquiátrica sobre el suicidio, aquí como en casi todo lo demás. Un artículo aparecido en el «American Bar Association Journal»,

5. H. M. Schein y A. A. Stone, «Psychoterapy designed to detect and treat Suicidal Potencial», en *American Journal of Psychiatry* 125 (marzo de 1969): 1248-1249.
6. *Op. cit.*, págs. 1249 y 1250.

y escrito por R. E. Schulman, que es tanto abogado como psicólogo, resulta ilustrativo. Schulman comienza con la premisa de que nadie podrá pretender que el suicidio constituye un derecho humano: «Nadie en la sociedad Occidental contemporánea», escribe, «sugeriría que se permitiese a las gentes cometer suicidio a voluntad sin algún intento de intervenir o de evitar semejantes suicidios. Aunque una persona no valore su propia vida, la sociedad occidental valora la vida de todos»[7].

Me gustaría sugerir, como han sugerido otros antes que yo, precisamente lo que Schulman pretende que nadie sugeriría. Más aún, si Schulman quiere creer que la sociedad Occidental —que incluye a los Estados Unidos con su historia de esclavitud, a Alemania con su historia de nacionalsocialismo y a Rusia con su historia de comunismo— realmente «valora la vida de todos», allá él. Pero aceptar esta afirmación como verdad es ocultar los hechos más obvios y brutales de la historia.

Además, extravía plantear el asunto al modo de Schulman. Porque no es evidente, ni necesario, que el suicida «no valore su propia vida», sino que quizás ya no pueda desear vivirla como debe y prefiera valorarla un poco más terminando con ella.

Sin embargo, Schulman ha abandonado el inglés por un nuevo lenguaje. Eso se ejemplifica en sus recomendaciones finales referentes al tratamiento. «Para aquellos», escribe, «que llevan a cabo el suicidio, eso será el final, como, de hecho, lo pretendían. Para los suicidas frustrados, la ley debería asegurarse de que esas personas sean vigiladas por la institución de ayuda apropiada. Esto no significa que deba forzarse a esas personas, sino sólo que la ayuda debe estar a su disposición...»[8].

7. R. E. Schulman, «Suicide and Suicide Prevention: A Legal Analysis», *American Bar Association Journal* 54 (septiembre de 1968): 862.
8. *Op. cit.*

Le vuelve a uno cuerdo de golpe ver semejantes palabras impresas en las páginas del «American Bar Association Journal»; trae a la mente lo que se dio en llamar el Onceavo Mandamiento: «¡Que no te cojan!».

El sorprendente éxito de la ideología psiquiátrica, a la hora de convertir actos en acontecimientos y decisiones morales en enfermedades médicas, se ilustra así por la aceptación prácticamente unánime en círculos médicos y legales del suicidio como una «enfermedad» de la cual no es responsable el «paciente». Si el paciente no es responsable de ella, alguien, o algo, debe serlo. Psiquiatras y hospitales mentales se ven a menudo procesados por negligencia, cuando un paciente deprimido comete el suicidio, y a menudo se les considera culpables.

Hasta qué punto ha influenciado el criterio psiquiátrico en lo referente al suicidio en nuestra cultura lo muestran los dos siguientes casos: en el primero, una mujer atribuyó su propio intento de suicidio a su médico; en el segundo, una mujer atribuyó el suicidio de su esposo a su patrono.

Una camarera recibió píldoras dietéticas de un médico para ayudarla a perder peso. Luego, intentó suicidarse, fracasó y procesó al médico por darle una droga que «hizo» se trastornara emocionalmente y lo intentara. El tribunal absolvió al médico. Pero permanece el hecho de que ambas partes, y el propio tribunal, aceptaron la tesis subyacente —precisamente la que yo rechazo— según la cual el intento de suicidio es *causado* más que *deseado*. El médico fue declarado inocente, pero, no porque el tribunal creyese que el suicidio era un acto voluntario, sino porque la querella no logró demostrar que el acusado fue negligente en el «tratamiento» prescrito[9].

En un caso similar, la viuda de un capitán de

9. *Fontenot v. Tracy*, Super. Ct. San Deigo Co., Docket n.º 309672 (Cal., 1970); citado en *The Citation* 21 (mayo de 1970): 17-18.

barco procesó a la compañía naval por el suicidio de su esposo. Pretendía que el capitán saltó al mar porque «era presa de un impulso incontrolable en ese momento», y que su patrono era responsable de ese «impulso». Antes de que el caso pudiese llegar a juzgarse, el médico del barco intentó hacer valer el privilegio médico-paciente y se negó a prestar testimonio. El tribunal determinó que, en un caso semejante, no había tal privilegio en la ley de la Marina. No sé si la querella triunfó en definitiva. Pero, una vez más, sea cual sea el resultado, la hipótesis de que el suicidio es un acontecimiento producido por ciertas *causas* anteriores, en vez de ser un acto motivado por ciertos *deseos* (en este caso, quizás el deseo del capitán no era reunirse con su esposa) encuentra aquí acogida en la economía, la ley y la semántica de una reclamación civil por daños y perjuicios [10].

Cuando una persona decide quitarse la vida, y cuando un médico decide frustrarla en esa acción, surge la cuestión: ¿por qué habría de hacerlo el médico?

La sabiduría psiquiátrica convencional responde: porque el suicida padece una enfermedad mental cuyo síntoma es el deseo de matarse; el deber del médico es diagnosticar y tratar la enfermedad; por lo tanto, debe evitar que el paciente se mate y, al mismo tiempo, tratar la enfermedad subyacente que provoca el deseo del paciente de liquidarse. Eso tiene el aspecto de un diagnóstico y de una intervención médica común. Pero no es así. ¿Qué está faltando? Todo. El hipotético paciente suicida no está enfermo: no tiene trastorno corporal demostrable (o si lo tiene, no provoca su suicidio); no asume el papel de enfermo, no busca ayuda médica. En resumen, el médico usa la retó-

10. *Reid v. Moore - McCormacle Lines, Inc.*, Dist. Ct., N.Y., Docket n.º 69 Civ. 1259 (D.C., N.Y., 15 de enero de 1970); citado en *The Citation* 21 (mayo de 1970): 31.

rica de la enfermedad y el tratamiento para justificar su intervención a la fuerza en la vida de un congénere humano, a menudo frente a una oposición explícita de su llamado paciente.

Objeto a eso como a todas las intervenciones psiquiátricas involuntarias, y especialmente a la hospitalización mental involuntaria. He precisado mis razones en otro lugar, y no necesito repetirlas aquí[11]. Sin embargo, permítanme declarar que considero el asesoramiento, la persuasión, la psicoterapia, o cualquier otra medida voluntaria —especialmente para personas trastornadas por sus propias inclinaciones suicidas y en busca de esa ayuda—, algo que nadie podría objetar y, de hecho, deseable en general. Sin embargo, los médicos y psiquiatras no suelen contentarse con limitar su ayuda a este tipo de medidas, y esto por una buena razón: con esa asistencia, el individuo no sólo puede llegar a sentir el deseo de vivir, sino la fuerza para morir.

Sin embargo, todavía no hemos respondido a la cuestión antes planteada. ¿Por qué tendría un médico que frustrar a un individuo que quiere matarse? Algunos podrían contestar: porque el médico valora la vida del paciente, por lo menos cuando el paciente es suicida, más de lo que la valora el propio paciente. Examinemos esa respuesta. ¿Por qué el médico, a menudo un completo extraño para el paciente suicida, valora su vida más que el propio paciente? No es así en la práctica médica. ¿Por qué, entonces, habría de serlo en la práctica psiquiátrica, que él mismo insiste en considerar una forma de la práctica médica? Supongamos que un médico se vea enfrentado a un individuo que padece diabetes, o fallos cardíacos, y que no toma los medicamentos prescritos para su enfermedad. Sabemos que esto puede suceder y sabemos qué sucede en esos casos: el paciente no

11. Véase mi libro *Law, Liberty and Psychiatry...*, *op. cit.* e *Ideology and Insanity*, *op. cit.*, en particular los caps. 9 y 12.

reacciona todo lo bien que podría, y quizás muera prematuramente. Sin embargo, sería absurdo que un médico considerase, y mucho menos intentase, apoderarse de la conducta de semejante paciente, confinándole en un hospital contra su voluntad, a fin de tratar su enfermedad. De hecho, el intento de hacerlo llevaría al médico a un conflicto tanto con la ley civil como con la criminal. Porque la ley reconoce la autonomía médica del paciente, a pesar de que —en contraste con el suicida— padezca una enfermedad real y a pesar de que —en contraste con la enfermedad inexistente del suicida— su enfermedad se controle a menudo fácilmente mediante procedimientos terapéuticos simples y seguros.

No obstante, el tratamiento del suicidio real o frustrado, o de la llamada auto-peligrosidad, se considera en todas partes un criterio adecuado y una justificación para la hospitalización y el tratamiento mental involuntario. ¿Por qué habría de ser así?

Ciertamente, la respuesta no puede ser que el médico valore la vida del individuo suicida más que el individuo mismo. Si fuese así, podría probarlo —y realmente tendría que probarlo— con los medios que habitualmente empleamos para juzgar esas cosas. Doy a continuación algunos ejemplos.

Una familia está a punto de morir de hambre; los padres se quedan sin comida y prefieren perecer para que sus hijos logren sobrevivir. Un barco ha naufragado y se está hundiendo: el capitán se hunde con el barco a fin de que sus pasajeros puedan sobrevivir.

Si el médico fuese sincero en esa pretensión de que valora tantísimo la vida del suicida, ¿no podríamos esperar que lo probase con algún acto semejante de auto-sacrificio? Una persona puede suicidarse porque ha perdido su dinero. ¿Le da acaso el psiquiatra ese dinero? Desde luego que no. Otro hombre puede ser suicida porque se encuentra solo en el mundo. ¿Le da el psiquiatra su amistad? Desde luego que no.

En realidad, el psiquiatra que evita suicidios no da nada suyo a su paciente. Al contrario, utiliza la pretensión de que valora la vida del suicida más que el propio suicida para justificar sus estrategias de auto-beneficio; el psiquiatra asume el papel de *suicidologista* —como si nuevas palabras fuesen suficientes para crear nuevas sabidurías— y utiliza en su provecho los poderes económicos y policiales del Estado, embolsando el dinero que proviene de los impuestos, contratando a subordinados que cuiden de su paciente y recurriendo a la violencia psiquiátrica para apropiarse de un paciente sobre quien efectuará sus milagros médicos.

Permítanme sugerir lo que considero la razón más importante para esa profunda tendencia antisuicida de la profesión médica. Los médicos están comprometidos con la tarea de salvar vidas. ¿Cómo podrían entonces reaccionar ante personas decididas a acabar con las suyas propias? Es natural que las personas no quieran, e incluso odien a quienes desafían sus valores básicos. El médico reacciona, quizá «inconscientemente» (en el sentido de que no articula el problema en esos términos), ante el paciente suicida como si éste le hubiese ofendido, o insultado, o atacado. El médico se esfuerza valientemente, a menudo al precio de su propio bienestar, en salvar vidas; y, de pronto, llega una persona que, no sólo no permite al médico salvarle, sino, *horribile dictu*, lo convierte en en testigo involuntario de su auto-destrucción deliberada. Esto es más de lo que puede soportar la mayoría de los médicos. Sintiéndose afectados en el centro mismo de su identidad espiritual, algunos escapan, y otros contraatacan.

Algunos médicos evitan por eso tener trato con pacientes suicidas. Lo cual explica por qué muchas personas, que acaban matándose, lo hacen con frecuencia tras haber consultado con un médico el día mismo de su suicidio. Sospecho que esas personas buscan una ayuda que el médico se niega a darles. Y, en cierto sentido, es razonable que así sea. No culpo a esos médicos. Tampoco es

mi intención enseñarles cómo prevenir los suicidios, cualquiera que sea. Pienso que, al tener estos médicos una fe relativamente ciega en su ideología salvavidas —que, por otra parte, necesitan para poder desempeñar su trabajo en la rutina de cada día—, no son precisamente los más adecuados para oír y hablar inteligente y tranquilamente sobre el suicidio con los internados. Esto en cuanto a los médicos que, ante el ataque existencial que sienten que el suicida potencial lanza sobre ellos, se lavan las manos. Contemplemos ahora los que se mantienen firmes y devuelven el ataque.

Algunos médicos (y otros profesionales de la salud mental) se declaran dispuestos y deseosos de ayudar, no sólo a posibles suicidas que buscan asistencia médica, sino a todas las personas que son, o se supone que puedan ser, suicidas. Dado que ellos también parecen percibir el suicidio como una amenaza, no sólo para la supervivencia física del suicida, sino para su propio sistema de valores, devuelven el golpe y lo devuelven con fuerza. Eso explica por qué los psiquiatras y los suicidologistas recurren, aparentemente con la conciencia tranquila, a los medios más viles: deben creer que sus elevadas metas justifican los medios más rastreros. La consecuencia está en el uso, aún vigente hoy, de la fuerza y el fraude en la prevención del suicidio. De este tipo de relación entre médico y paciente resulta una auténtica lucha por el poder. El paciente, por lo menos, es honesto en cuanto a lo que quiere: obtener el control sobre su vida y su muerte, ser el agente de su propio destino. Pero el psiquiatra es del todo deshonesto en cuanto a lo que quiere: pretende que sólo desea ayudar a su paciente, pero, en realidad, desea obtener él el control sobre su vida, con el fin probablemente de evitar enfrentarse a sus propias dudas acerca del valor de su propia vida. El suicidio es una herejía médica. El internamiento y el electroshock son los remedios psiquiátrico-inquisitoriales que suponen ser los más adecuados.

Al igual que los políticos, los psiquiatras deben

elegir a menudo entre ser populares y ser honestos; aunque puede que luchen valientemente para conseguir las dos cosas, lo más probable es que no lo consigan. Hay buenas razones para ello. Los hombres necesitan reglas que guardar. Necesitan una autoridad a la que puedan respetar, capaz de imponer la acatación de esas reglas. En consecuencia, las instituciones, incluso las instituciones manifiestamente entregadas al estudio de los asuntos humanos, son mucho más expertas a la hora de articular reglas que a la hora de analizarlas. Ejemplificaré la importancia de estas observaciones, en relación con nuestra actitud ante el suicidio, remitiéndome a la historia reciente de nuestras actitudes con respecto al control de la natalidad y el aborto. Porque el control de la natalidad y el aborto, al igual que el suicidio, son asuntos que afectan no sólo a la medicina y a la psiquiatría, sino a la religión y a la ley.

Aunque fuese ampliamente practicado, el control de la natalidad fue considerado vagamente censurable hasta bastante después de la Segunda Guerra Mundial. Sólo en 1965, el Tribunal Supremo consideró inconstitucional una norma legal en el Estado de Connecticut contra la divulgación de información y sistemas para ejercer el control de la natalidad[12].

En 1959, hice una encuesta entre los miembros de la Asociación Psicoanalítica Norteamericana sobre diversos temas, algunos relacionados con los aspectos morales de la práctica psicoanalítica. Entre las preguntas que formulé se encontraba ésta: «¿Cree Vd. que la información sobre el control de la natalidad debería ponerse a la libre disposición de todas las personas mayores de 18 años?». El cuestionario, que debía devolverse sin firma, fue enviado a 752 psicoanalistas; 430, el 56 %, contestaron. 34 analistas, o sea el 9 % de los que respondieron, afirmaron *no* creer que los adultos nor-

12. *Griswold v. Connecticut*, 381, U.S. 479 (1965).

teamericanos deberían tener libre acceso a la información sobre el control de la natalidad[13].

En relación con esto, es significativo que, tan sólo en 1964, aprobase la Cámara de Delegados de la Asociación Norteamericana una resolución apoyando la disponibilidad y divulgación de medidas contraceptivas. Hasta entonces, la Asociación Norteamericana se *opuso* al libre acceso de información sobre el control de la natalidad para norteamericanos adultos.

La historia del aborto es similar. En mi encuesta, preguntaba también: «¿Considera Vd. que la disponibilidad, legalmente restringida del aborto, es deseable para la sociedad?». 202, casi el 50 % de los analistas que respondieron, se opusieron a una reducción de las medidas legales restrictivas referentes al aborto. (Sólo 7 analistas se identificaron como católicos romanos.)[14]

En 1965, un año después de que el Comité sobre Reproducción Humana de la Asociación Médica Norteamericana recomendara la resolución que acabamos de mencionar sobre el control de la natalidad, el Comité introdujo una propuesta apoyando leyes más «liberales» sobre el aborto, es decir, leyes que ampliaran las bases médicas y psiquiátricas para abortos terapéuticos. La Cámara de Delegados se negó a aprobar esa recomendación. Sin discusión alguna, los delegados estuvieron de acuerdo en que «no resulta apropiado, en este momento, que la Asociación Médica Norteamericana recomiende cambios de legislación sobre este tema»[15].

En 1970, después de que el Estado de Nueva York suprimiese el aborto del proyecto de ley pe-

13. T. S. Szasz y R. A. Nemiroff, «A Questionnaire Study of Psychoanalytic and Opinions», *Journal of Nervous and Mental Deseases*, 137 (septiembre de 1963): 209-221.

14. *Op. cit.*, pág. 214.

15. Mencionado en mi artículo «The Ethics of Abortion», *The Humanist*, 26 (septiembre-octubre de 1977): 147.

nal, la Asociación Psicoanalítica Norteamericana publicó su «Toma de posición sobre el aborto», afirmando que «consideramos el aborto terapéutico como un procedimiento médico que deben convenir el paciente y su médico y que no incumbe en absoluto a la ley penal»[16].

Lo que quiero decir aquí, sin temor a repetirme, es simplemente que el control de la natalidad y el aborto, al igual que el suicidio, no son problemas médicos, sino morales. Evidentemente, la intervención en el caso del aborto es quirúrgica; pero eso no convierte más el aborto en un problema médico que el uso de la silla eléctrica para la pena capital en un problema de ingeniería mecánica. La cuestión es: ¿qué es el aborto? ¿Es la muerte de un feto, o la extracción de un trozo de tejido del cuerpo de una mujer?

Asimismo, es innegable que el suicidio, en caso de salir bien, produce la muerte. Pero, si el acto suicida se considera como una enfermedad por causar la muerte, entonces todos los demás actos, o hechos —desde el tráfico en autopistas hasta las avalanchas, desde la pobreza hasta la guerra—, que también son causa de muerte deberían considerarse asimismo enfermedades. Así es, dicen los modernos fabricantes de locura, o sea los psiquiatras de la comunidad y los epidemiologistas de la enfermedad mental, que se esfuerzan incansablemente por elevar al 100 % la incidencia de la enfermedad mental[17]. Mantengo que todo esto es una maliciosa insensatez.

En el Occidente no comunista, la oposición al suicidio, al igual que la oposición al control de la natalidad y al aborto, se apoya en fundamentos religiosos. Con arreglo a las religiones judía y cristiana, Dios creó al hombre, y el hombre sólo puede

16. American Psychoanalytic Association, «Position Statement on Abortion», 7 de mayo de 1970.
17. Véase mi libro *The Myth of Mental Illness, op. cit.*, págs. 38-39.

actuar según los caminos admitidos por Dios. Evitar la concepción, abortar o matarse son, para esta imaginería, pecados: cada uno de ellos constituye una violación de las leyes de Dios, establecidas por las autoridades teológicas que pretenden hablar en su nombre.

Pero el hombre moderno es un revolucionario. Como todos los revolucionarios, disfruta quitando a los que tienen para dar a los que no tienen, y, en particular, a sí mismo. Así pues, le arrebató el hombre a Dios para dárselo al Estado (con el cual el revolucionario se identifica con frecuencia más de lo que cree). Por eso nos arrebata a su vez el Estado tantos derechos que son nuestros, y por eso consideramos tan natural que el Estado se sitúe *in loco parentis* con respecto al ciudadano-niño. (De ahí, el rechazo lingüístico a designar la abolición de ciertas prohibiciones —por ejemplo, la del aborto, o la de las apuestas— con la palabra *legalización.*)

Pero todos estos arreglos dejan al suicidio en un peculiar limbo moral y filosófico. Porque, si la vida del hombre pertenece al Estado (como antes pertenecía a Dios), el suicidio significa, por supuesto, arrebatar una vida que no pertenece a quien se priva de ella, sino al Estado.

El dilema que suscita esta transferencia simplista de la propiedad del cuerpo de Dios al Estado deriva de la diferencia fundamental que existe entre el criterio religioso y el secular, en particular cuando el primero supone la existencia de una vida después de la muerte, y el segundo no (e incluso la niega enfáticamente). Hablando claro, el dilema deriva del problema de cómo castigar el suicidio con éxito. La Iglesia católica romana solía castigarlo, por tradición, negando al suicida una sepultura en un cementerio cristiano. Por lo que sé, esa práctica es tan poco frecuente en los Estados Unidos que podría considerarse virtualmente inexistente. Los suicidas reciben hoy cristiana sepultura, pues se considera un hecho rutinario el que se hayan quitado la vida, ya que estaban locos.

El Estado moderno, con la psiquiatría como aliada secular-religioso, no ofrece castigo alguno que se le compare. ¿Será ésta una de las razones por las cuales castiga sin éxito, aunque con tanta severidad —con tanta más severidad que, en otros tiempos, la Iglesia— el suicidio? Porque, de hecho, considero que la etiqueta, «riesgo de suicidio», que impone el psiquiatra a las personas, y su encarcelamiento en instituciones psiquiátrcas son formas de castigo, y muy severas. En realidad, aunque no pueda apoyar mi opinión con estadísticas, creo que los métodos psiquiátricos, aceptados como de prevención del suicidio, suelen más bien empeorar que aliviar los problemas del suicida. Cuando leemos acerca de la trágica relación que tuvieron con los psiquiatras personas como James Forrestal, Marilyn Monroe o Ernest Hemingway, tenemos la impresión de que se sintieron profundamente degradados y heridos por el tratamiento psiquiátrico indigno que recibieron y de que, tras esas experiencias, se vieron aún más desesperadamente impulsados al suicidio. En resumen, sugiero que las intervenciones psiquiátricas forzadas más que disminuir pueden incrementar el deseo de auto-destrucción.

Pero otro aspecto de las dimensiones morales y filosóficas del suicidio debe mencionarse aquí. Me refiero a la creciente influencia del actual pensamiento individualista, en particular la convicción de que los seres humanos tienen ciertos derechos inalienables. Algunas personas han llegado así a creer (o quizás sólo a creer que creen) que tienen derecho a la vida, a la libertad y a la propiedad. Eso crea algunas complicaciones interesantes para la actual postura legal y psiquiátrica ante el suicidio.

La actitud individualista ante el suicidio podría enunciarse de este modo: la vida de una persona le pertenece. Por lo tanto, tiene derecho a quitársela, o sea a suicidarse. Desde luego, este criterio reconoce que esta persona puede también tener una responsabilidad moral para con su familia y

para con otros, y que, al quitarse la vida, niega esas responsabilidades. Pero éstos son daños morales que la sociedad, en su capacidad corporativa como Estado, no puede castigar adecuadamente. Así pues, el Estado debe evitar cualquier intento de legitimar esta actitud mediante sanciones formales, como leyes penales o de higiene mental.

La analogía entre vida y propiedad viene a reforzar esta línea de argumentación. Tener derecho a la propiedad significa que una persona puede disponer de ella, aunque, al hacerlo, se dañe a sí mismo y a su familia. Un hombre puede regalar, o perder, su dinero en el juego. Pero —lo cual es significativo— no puede decirse que se roba a sí mismo. El concepto de robo requiere, por lo menos, dos partes, una que roba y otra a la cual se roba. No se da el caso del *auto-hurto*. El término *suicidio* de por sí anula esta dualidad. La historia del término indica que el suicidio fue considerado, durante largo tiempo, como una forma de homicidio. De hecho, cuando alguien quiere condenar el suicidio, lo llama auto-asesinato. Schulman, por ejemplo, dice: «Desde luego, el auto-asesinato cae dentro del ámbito de la ley»[18].

Algunos de los resultados de mi encuesta, relacionados con todo esto, son de interés. En ella, hacía dos preguntas sobre el suicidio. Una era: «En su opinión, ¿en qué proporción es el suicidio *con éxito* (en las democracias occidentales contemporáneas) un acto racional, motivado por el deseo de morir?». La otra era la misma pregunta sobre el suicidio *frustrado*. De los 430 analistas que respondieron, sólo dos, el 0,50 %, opinaron que el suicidio con éxito era siempre un acto racional, y sólo un analista, el 0,25 %, reconoció que el suicidio frustrado también lo era. Sólo dos personas más respondieron que el suicidio con éxito era un acto racional en más del 75 % de los casos, y dos que el suicidio frustrado era un acto racional en

18. Schulman, «Suicide and Suicide Prevention», *op. cit.*, pág. 857.

más del 75 % de los casos. La abrumadora mayoría de los encuestados, aproximadamente el 80 % para las dos preguntas, expresó el criterio de que el suicidio, con o sin éxito, nunca es un acto racional, o lo es en menos del 5 % de todos los casos[19]. En resumen, los psicoanalistas formaron un bloque homogéneo a la hora de considerar que la conducta suicida, con o sin éxito, era un acto irracional y, por lo tanto, un síntoma de enfermedad mental. Sobre esas imágenes del suicidio que confunden y son confusas, se basan nuestras actuales prácticas psiquiátricas de prevención del suicidio.

El suicidologista tiene un criterio literalmente esquizofrénico sobre el suicida: lo ve como a dos personas en una, y las dos luchando entre sí. Una mitad del suicida desea morir y la otra mitad desea vivir. La primera, dice el suicidologista, se equivoca y la segunda está en lo cierto. Y procede a proteger a la segunda, coaccionando a la primera. Sin embargo, puesto que esas dos personas son una sola, como gemelos siameses, al coaccionar la mitad suicida, coacciona necesariamente a toda la persona.

Lo absurdo de la posición médico-psiquiátrica sobre el suicidio no termina aquí. Termina colocando la salud mental y la supervivencia física por encima de cualquier otro valor, en particular el de la libertad individual. Al considerar el deseo de vivir —pero no el deseo de morir— como una legítima aspiración humana, el suicidologista invierte la famosa exclamación de Patrick Henry: «¡Dadme libertad, o dadme muerte!». En efecto, dice: «*Dadle* internamiento, *dadle*, electroshock, *dadle* lobotomía, *dadle* esclavitud perpetua, pero *no le permitáis elegir la muerte*!». Al proscribir tan radicalmente el deseo de morir de otra persona (no el suyo propio), el preventor de suicidios vuel-

19. Szasz y Nemiroff, «Questionnaire», *op. cit.*, pág. 214.

ve a definir la aspiración del Otro como nula: el deseo de morir se convierte en la *exhibición* de un ser irracional, mentalmente enfermo, o en algo que *ocurre* en una forma inferior de vida. El resultado es una infantilización y una deshumanización de largo alcance para el suicida.

Por ejemplo, Phillip Solomon escribe que los médicos «deben proteger al paciente de sus propios deseos (suicidas)»; mientras que, para Edwin Schneidman, «la prevención del suicidio es como la prevención de incendios»[20]. ¡Solomon reduce así al suicida al nivel de una criatura díscola, mientras Schneidman lo reduce al nivel de un árbol! En resumen, el suicidologista utiliza su posición profesional para ilegitimar y castigar el deseo de morir.

Naturalmente, sé que, con todo esto, no digo nada nuevo. Los desinteresados mesías siempre se han opuesto a la autonomía personal, o a la autodeterminación. En «Amok», un cuento escrito en 1931, Stefan Zweig pone estas palabras en boca de su protagonista:

> ¡Ah, sí! «¿Con que es el deber de uno ayudar?» Esa es tu máxima favorita, ¿verdad?... Gracias por tus buenas intenciones, pero prefiero quedarme solo... Así que no te molestes en llamarme, si no te importa. Entre los «derechos del hombre» hay uno que nadie puede quitarle, el derecho a palmarla cuándo, dónde y cómo quiera, sin necesidad de que «nadie le eche una mano».[21]

Pero no es así cómo ve el problema el psiquiatra científico, o el suicidologista. Supongo que puede estar de acuerdo, en abstracto, con que el hombre

20. P. Solomon, «The Burden of Responsability in Suicide», *Journal of the American Medical Association*, 199 (enero de 1967): 324; E. Schneidman, «Preventing Suicide», *Bulletin of Suicidology* (1968): 20.

21. S. Zweig, «Amok», en su libro *El juego real*. (Edición norteamericana: *The Royal Game*, Nueva York, Viking, 1944, pág. 137.)

tiene el derecho que reclama Zweig para él. Pero, en la práctica, el suicidio (dice) es el resultado de una demencia, de una locura, o de una enfermedad mental. Además, no tendría sentido decir que el hombre tiene derecho a estar mentalmente enfermo, sobre todo cuando la enfermedad —como la fiebre tifoidea— amenaza también la salud de otras personas. En resumen, la tarea del suicidologista consiste en intentar convencer a las personas de que querer morir constituye una enfermedad.

He aquí cómo lo hace Ari Kiev, director del programa de la Universidad de Cornell sobre psiquiatría social y de su clínica para prevención del suicidio:

> Decimos [al paciente]: mire, tiene Vd. una enfermedad exactamente igual que la gripe de Hong-Kong. Quizá tiene Vd. la depresión de Hong-Kong. En primer lugar, debe comprender que está emocionalmente enfermo... La mayor parte de los pacientes jamás han admitido que están enfermos.[22]

Esta perspectiva pseudomédica se utiliza entonces para justificar los más brutales engaños y coacciones psiquiátricos. Por ejemplo, he aquí cómo opera el Centro de Prevención del Suicidio de Los Angeles, según el «Wall Street Journal» (6 de marzo de 1969). Un hombre llama y dice que está a punto de pegarse un tiro. La empleada le pide sus señas. El hombre se niega a darlas.

> «Si aprieto el gatillo, estaré muerto», dijo él [el autor de la llamada] con voz apagada. «Y eso es lo que deseo.» Silenciosa pero apresuradamente, la srta. Whitbook [la empleada] había indicado a una compañera que empezara a rastrear la llamada, mientras intentaba seguir hablando con aquel hombre... Estuvo así 40 minutos angustiada. Pero, de pronto, oyó la voz de un policía al teléfono comunicándole que el hombre estaba a salvo.

22. *The New York Times*, 9 de febrero de 1969.

No cabe duda de que, si ese hombre fue capaz de llamar al Centro de Prevención del Suicidio, también habría podido llamar por sus propios medios, si hubiese querido, a la policía; sin embargo, no lo hizo. Fue engañado por el Centro. Evidentemente, los que actúan así —y semejante engaño médico resulta honrado por la tradición— creen que los fines, por lo menos en su caso, justifican los medios.

Entiendo que este tipo de engaño es una práctica habitual en los centros de prevención del suicidio, aunque a menudo lo nieguen. Un informe sobre el Servicio de Prevención del Suicidio del Condado de Nassau corrabora la impresión de que, cuando el presunto suicida no coopera con las autoridades de prevención del suicidio, se ve confinado en contra de su voluntad. «Cuando quien llama es obviamente suicida», se nos dice, «se envía inmediatamente una ambulancia de Meadowbrook a recogerle»[23].

Un ejemplo más de lo que ocurre en nombre de la prevención del suicidio, para terminar. Es una historia rutinaria, que leí en un periódico de Siracusa, acerca de un suicidio potencial. El meollo de la cuestión queda resumido en una frase: «Un hombre de 28 años, de Minoa, suburbio de Siracusa, fue arrestado la pasada noche, acusado de violar la Ley de Salud Mental después de que las autoridades policiales declararan haber estado dos horas buscándole en un bosque de Minoa[24]. Pero ¿por qué habría de buscar la policía a ese hombre? ¿Por qué no esperar a que volviese? Eso son preguntas retóricas. Nuestras respuestas dependen de nuestros conceptos sobre lo que significa ser un ser humano, y son lo que éstos reflejan. Esta es la esencia del asunto.

23. Véase «Clinic Moves to Prevent Suicides in Suburbia», *Medical World News*, 28 de julio de 1969, pág. 67.
24. *Syracuse Port-Standard*, 29 de septiembre de 1969.

La contradicción crucial sobre el suicidio, concebido como una enfermedad cuyo tratamiento incumbe a la medicina, radica en que el suicidio es un acto y, en cambio, es tratado como si fuese un suceso. Como he mostrado en otro lugar, esa contradicción está en el centro mismo de todas las llamadas enfermedades mentales, o problemas psiquiátricos[25]. Sin embargo, plantea un problema peliagudo para el suicidio, porque el suicidio es la única «enfermedad mental» fatal.

Antes de terminar, me gustaría volver a definir brevemente mis criterios sobre las diferencias entre enfermedades y deseos, mostrando que, obstinándonos en tratar los deseos como enfermedades, sólo conseguiremos tratar al hombre como un esclavo.

Pongamos como caso paradigmático de enfermedad al de un esquiador que tiene una mala caída y se fractura un tobillo. La fractura es un hecho; él no quería que este hecho le ocurriera. (Desde luego, pudo haberlo querido, pero éste es otro caso.) Una vez que ha ocurrido, procurará encontrar ayuda médica y cooperará con los esfuerzos de los médicos para recomponer los huesos rotos. En resumen, la persona y su tobillo fracturado son, por así decirlo, dos entidades separadas, actuando la primera sobre la segunda.

Consideremos ahora el caso del suicida. Esa persona puede también considerar su propia inclinación suicida como un impulso indeseado, casi extraño, y buscar ayuda para combatirlo. Si es así, la relación que establece con su psiquiatra será similar al modelo de tratamiento médico standard: el paciente intentará activamente remediar su «estado» cooperando con los esfuerzos del profesional. Como ya observé, no tengo objeción moral ni psiquiátrica alguna contra esta relación. Por el contrario, la apruebo plenamente.

Pero, como hemos visto, no es éste el único modo, ni quizás el más importante, de jugar el

25. Véase mi libro *The Myth of Mental Illness, op. cit.*

deporte de la prevención del suicidio. Son prácticas médicas y psiquiátricas aceptadas tratar a las personas contra su voluntad porque desean suicidarse. Y ¿qué significa eso exactamente? Significa algo bastante distinto al tratamiento involuntario (o no voluntario) de una enfermedad corporál, que a menudo se ofrece como analogía. Porque un tobillo fracturado puede corregirse, quiera o no corregirlo el paciente. Puede hacerse, porque arreglar una fractura es un *acto mecánico sobre el cuerpo.* Pero evitar el suicidio —siendo éste el resultado del deseo y la voluntad del suicida— requiere un *acto político sobre la persona.* En otras palabras, puesto que el suicidio es un ejercicio y una expresión de la libertad humana, sólo puede evitarse restringiendo la libertad humana. Por eso, la privación de libertad se convierte en una forma de tratamiento en la psiquiatría institucional.

En último análisis, el suicida es como el emigrante: los dos desean abandonar el lugar donde se encuentran y desplazarse a otro. El suicida quiere abandonar la vida y desplazarse a la muerte. El emigrante desea abandonar su patria y desplazarse a otro país.

Tomemos la analogía en serio; después de todo, es mucho más fiel a los hechos que la analogía entre suicidio y enfermedad. Lo que caracteriza y distingue las sociedades abiertas de las cerradas es que las personas son libres de abandonar las primeras pero no las segundas. La posición de la profesión médica sobre el suicidio se asemeja a la posición de los comunistas sobre la emigración. Los médicos insisten en que los suicidas sobrevivan, al igual que los rusos insisten en que el emigrante se quede en casa.

El verdadero creyente en el comunismo está convencido de que, en la Unión Soviética, todo pertenece al pueblo, y todo cuanto se hace es en beneficio suyo: por lo tanto, cualquiera que deseara abandonar este país debe estar loco... o ser malo. En cualquier caso, debe evitarse que lo haga. Asimismo, el verdadero creyente en la Medicina

está convencido de que, custodiado su bienestar por la ciencia moderna, las personas tienen más oportunidades que nunca de vivir una vida feliz y saludable: por lo tanto, cualquiera que desee abandonar prematuramente esta vida debe ser loco... o ser malo. En cualquier caso, debe evitarse que lo haga.

Resumiendo, propongo que evitar que la gente se mate es como evitar que la gente abandone su patria. Poco importa que quienes así recortan las libertades de otras personas actúen con total sinceridad, o con un radical cinismo. Lo que importa es lo que ocurre, la restricción de la libertad individual, justificada en el caso de la prevención del suicidio por la retórica psiquiátrica; y, en el caso de la emigración, por la retórica política.

En el lenguaje y en la lógica, somos prisioneros de nuestras premisas, tal como en lo político y en la ley somos prisioneros de nuestros gobernantes. Por consiguiente, mejor tenerlas a todas bien cogidas, porque, si el suicidio es una enfermedad porque causa la muerte y si la prevención de la muerte a cualquier precio es el mandato terapéutico del médico, el remedio adecuado para el suicidio es, qué duda cabe, el liberticidio.

Lenguaje y locura

Debo confesar que no estoy seguro de lo que quiere decir el término *humanismo*. Sé, desde luego, que todos nosotros somos humanistas y que es bueno serlo. Pero, francamente, me inquieta esa especie de uso del término *humanismo* —es decir, el hecho de que el humanismo suponga una idea, o ideal, que nadie —en su sano juicio, por decirlo así— se atrevería a negar. Pienso que deberíamos intentar trascender el humanismo como mera retórica de auto-aprobación y darle un significado más estricto.

Aunque puedan aceptar la necesidad de esta tarea sin más análisis, permítanme citar, en apoyo de mi afirmación, las definiciones principales del humanismo ofrecidas en la tercera edición del diccionaro Webster's: «... (2) dedicación al bienestar humano: interés en, o preocupación por, el hombre; (3) doctrina, serie de actitudes, o modo de vida centrado en los intereses y valores humanos: como (*a*), una filosofía que rechaza el supernaturalismo, considera al hombre un objeto natural y da fe de su dignidad esencial, de su valía y de su capacidad para lograr la auto-realización, mediante el uso de la razón y el método científico— también llamado *humanismo naturalista, humanismo científico...*; (*c*) una filosofía que aboga por la auto-realización del hombre dentro del marco de los principios cristianos —también llamado *humanismo cristiano...*».

Las tres primeras definiciones del humanismo se plantean de un modo que, de hecho, exige la

aprobación universal; ¿por qué se opondría alguien a la «preocupación por el hombre»? La cuarta definición reduce el campo a los que reniegan de las religiones fundamentales; y la quinta, a los que abrazan el cristianismo. Ninguna de ellas nos ayuda mucho. Además, hay quienes hablan de *humanismo socialista, humanismo existencialista*, y así sucesivamente, refiriéndose cada uno de esos términos a criterios sobre el mundo, y sobre el hombre que vive en él, desde la específica perspectiva normativa de quien habla y de su sistema ético. En la mayoría de esos contextos y frases, el término *humanismo* es simplemente una tautología. Esta pretensión se apoya en el hecho de que nadie, salvo error, ha abogado jamás por una ética del inhumanismo, o se ha llamado nunca a sí mismo *inhumanista*.

Todo esto indica la importancia del lenguaje a la hora de comprender qué es el humanismo, o, al menos, qué queremos decir con esta palabra de un modo que tanto su aprobación como su rechazo sean algo inteligibles y, por lo menos en principio, dignos de respeto.

Aunque el concepto contemporáneo de humanismo esté amortajado en una notable confusión y grandes controversias, los humanistas del pasado —especialmente los de Atenas y Roma, y los del Renacimiento y la Ilustración— son como estrellas en el firmamento, que guían nuestro rumbo en las turbulentas aguas de las ideologías modernas. Además, aunque muchos libros —y, de hecho, vidas enteras— se hayan dedicado a la exploración y explicación de esos humanismos y humanistas del pasado, es justo decir que aquellos gloriosos tiempos y sus pensadores más representativos compartían una característica, a saber: una preocupación por el lenguaje y, más específicamente, una preocupación por la libertad individual, expresada mediante palabras claras y explícitas, así como por la auto-censura, expresada en el uso estético y dis-

ciplinado del lenguaje. Bastarán aquí unos cuantos ejemplos para ilustrar el espíritu más que la substancia de esa perspectiva sobre la vida.

«Un esclavo», dijo Eurípides, «es aquel que no puede expresar su pensamiento». El derecho de un ciudadano a decir lo que quería era fundamental en Atenas. Edith Hamilton nos dice de los griegos que «no tenían Libro Sagrado alguno, ni credos, ni diez mandamientos, ni dogmas. Hasta la idea de la ortodoxia les era desconocida»[1]. Esta sensación generalizada de libertad espiritual y responsabilidad permitió a los griegos ver el mundo con claridad: de ahí su insuperado poder como artistas tanto sobre la piedra como sobre las palabras. En Roma, Cicerón, Séneca y Plutarco continuaron la tradición griega del humanismo, asentando los cimientos sobre los cuales, quince siglos más tarde, los humanistas ilustrados asentaron el suyo, inspirados en ellos. *Homo res sacra homini* («el hombre es sagrado para el hombre»), dijo Séneca, quien, a lo largo de su vida luchó en contra de la fraudulenta retórica de la demagogia con un lenguaje claro y simple.

La Edad Moderna y, con ella, el humanismo moderno surgieron con el redescubrimiento de los antiguos clásicos, con las luchas que acompañaron las traducciones de la Biblia a las lenguas europeas «vulgares» y con el énfasis, puesto por los *philosophes*[2], en la íntima relación entre pensamiento claro y lenguaje claro.

Los humanistas, tanto clásicos como renacentistas, manifestaron así una profunda preocupación, no sólo por la libertad y la dignidad humanas, sino por el uso disciplinado y honesto del lenguaje. La unidad esencial, casi incluso orgánica, entre el hombre y su lenguaje se truncó con la Edad Moderna, en la que muchos humanistas contemporá-

1. E. Hamilton, *The Greek Way to Western Civilisation* (Nueva York: New American Library, Mentor, 1958), pág. 208.
2. En francés en el original. (N. del T.)

neos manifestaron despreocupación por el lenguaje, y muchos estudiantes de letras de hoy manifiestan una clara despreocupación por el humanismo.

Así pues, como peor o mejor use la gente el lenguaje, más o menos pobre serán sus pensamientos; y, según los casos, tendemos a atribuirle una dimensión humana reducida o dilatada. Los niños, las personas que no han recibido educación, los extranjeros y los locos tienden a ser vistos como individuos de una reducida dimensión humana; en cambio, los novelistas, los dramaturgos, los compositores, los filósofos y los científicos tienden a ser vistos como individuos de una dilatada dimensión humana. No afirmo con ello que el uso adecuado o cabal del lenguaje sea suficiente para calificar a una persona de humanista, pero sí sugiero, con cierto énfasis, que puede ser necesario para llegar a serlo.

En resumen, creo que urge que los humanistas contemporáneos pongan un nuevo énfasis en el lenguaje; pues, aunque la racionalidad, la razón y el pensamiento ocupen posiciones importantes en el credo humanista moderno, el lenguaje, la escritura y la palabra son sospechosos por carecer de él. Pero es inútil, o peor, seguir definiendo a las personas según cómo razonan, cuando todo cuanto podemos observar es simplemente cómo usan el lenguaje.

Para ilustrar y apoyar mi opinión de que es muy peligroso relacionar el humanismo a la razón más que al lenguaje, he elegido el ejemplo de Eugen Bleuler, quien describió algunos habitantes de manicomios a quienes llamó *esquizofrénicos*. Su visión está gravemente equivocada, como intento demostrar.

Mejor sería, antes de examinar las observaciones de Bleuler sobre la esquizofrenia, exponer brevemente la definición actual, generalmente aceptada, de esta llamada enfermedad. Se dice que la esquizofrenia es una «enfermedad mental cuya principal manifestación, o síntoma, es una

perturbación del pensamiento»[3]. ¿Y qué es pensamiento? He aquí cómo lo define el autor de uno de los manuales norteamericanos de psiquiatría de tipo standard: «Relacionar ideas unas con otras mediante la acción de imaginar, concebir, inferir y otros procesos, y la formación de nuevas ideas mediante esos procesos, constituyen la función que llamamos pensamiento... El pensamiento es la más organizada de las integraciones psicobiológicas»[4].

Esa especie de pedante jerga psiquiátrica intenta ocultar los hechos observables del lenguaje tras el concepto abstracto de pensamiento. La psiquiatría moderna ha aceptado el concepto de pensamiento, como si se tratara de un hígado o un riñón, y sobre él ha erigido un sistema complejo de psicopatología. De ese modo, los psiquiatras han producido todo un catálogo de «desórdenes del pensamiento», entre los cuales enumeran cosas como incoherencia, delirios, hipocondría, obsesiones y fobias. Pero las comunicaciones a que se refieren esos términos (si se refieren a algo y no se utilizan sencillamente para estigmatizar a personas cuya conducta-lenguaje no difiere notablemente del de otras) sólo son desórdenes en el sentido de que ofenden a los parientes del paciente, a personas «normales», o psiquiatras. Mi opinión —una opinión que ha sido también la de otros, sobre todo desde Freud y Jung— es que los llamados pacientes mentales no dicen tonterías. En realidad, a veces, hablan de un modo distinto al de los demás. A veces, dicen cosas que ofenden a otros. Resumiendo, hablan —como ustedes y como yo—, aunque quizá con énfasis y metáforas que no comprendemos, o que, si comprendemos, no nos gustan.

He intentado sugerir algunas de las conexiones entre los conceptos de pensamiento, razonamiento,

3. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2.ª ed. (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1968), pág. 33.

4. L. C. Kolb, *Noye's Modern Clinical Psychiatry*, 7.ª ed. (Filadelfia: Saunders, 1968), pág. 95.

habla, lenguaje y ser humano. Puesto que soy psiquiatra (una especie de), puesto que las llamadas personas esquizofrénicas, debido a la enfermedad que supuestamente padecen, han sido consideradas como no del todo humanas, y puesto que esa enfermedad, según suele decirse, es ante todo un trastorno del pensamiento, pienso que estarán de acuerdo que me detenga a examinar esa misteriosa enfermedad. Sin embargo, como considero que la enfermedad es mítica, o inexistente, no puedo examinarla como si existiese en la naturaleza[5]; por el contrario, me remitiré al texto escrito por su autor, Eugen Bleuler.

En 1911, Bleuler publicó la monografía *Dementia praecox, o el grupo de las esquizofrenias*, que le hizo famoso. En ella propone el nombre *esquizofrenia* para «un grupo de enfermedades» caracterizadas por ciertas pautas de conducta y lenguaje en los pacientes considerados por Bleuler como patológicos. «Uso el término *dementia praecox*, o "esquizofrenia"», escribió, «porque... la "escisión" de las diferentes funciones psíquicas es una de sus características más importantes»[6]. Puesto que nadie ha visto, o verá jamás, una función psíquica, escindida o no escindida, Bleuler habla aquí metafóricamente. Sin embargo, como mostraré dentro de un momento, cuando el supuesto paciente habla metafóricamente, Bleuler le llama esquizofrénico.

Pero veamos primero la definición que el propio Bleuler hace de la esquizofrenia:

> Con el término *dementia praecox*, o «esquizofrenia», definimos un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y a veces marcado por

5. Véase mi artículo «The Problem of Psychiatric Nosology», *American Journal of Psychiatry* 114 (noviembre de 1957): 405-413 y mi libro *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry* (Nueva York: Basic Books, 1976).

6. E. Bleuler, *Dementia Praecox, or the Groups of Schizophrenias*, publicado en U.S.A International University Press, Nueva York, 1950, pág. 8.

ataques intermitentes, y que puede detenerse, o retroceder, en cualquier fase, pero que no permite una plena *restitutio ad integrum*. La enfermedad está caracterizada por un tipo específico de alteración del pensamiento.[7]

Así es cómo, en 1911, la noción anterior de que los locos son irracionales se ve rehabilitada y recibe nueva legitimidad científica: la demencia se convierte en esquizofrenia, una enfermedad caracterizada por un pensamiento desordenado.

No hay por qué saber nada de psiquiatría, tan sólo un poco de respeto por el uso adecuado del lenguaje, para percibir que el *pensamiento* de los psiquiatras es como el *éter* del físico; es una abstracción creada para hablar de cosas observables, como el hecho de hablar y escribir. El libro de Bleuler está, de hecho, lleno de ejemplos de expresiones, súplicas, cartas y otras producciones lingüísticas de pacientes llamados esquizofrénicos. Y él mismo ofrece numerosas observaciones sobre el lenguaje, como la siguiente: «El bloqueo, la pobreza de ideas, la incoherencia, la turbación, los delirios y las anomalías emocionales se expresan en el lenguaje de los pacientes. Sin embargo, la anormalidad no está en el lenguaje mismo, sino más bien en su contenido»[8].

Bleuler se toma un gran trabajo para evitar crear en el lector la impresión de que, al describir a un paciente esquizofrénico, esté simplemente describiendo a alguien que habla de una forma extraña, o diferente de la suya, y con quien él, Bleuler, no está de acuerdo. Nunca deja de destacar que ése no es el caso, que el paciente está enfermo y que su conducta lingüística es sólo un síntoma de su enfermedad.

He aquí una de las afirmaciones de Bleuler que mejor describen esta línea de argumentación:

7. *Op. cit.*, pág. 9.
8. *Op. cit.*, pág. 147.

> La forma de expresión lingüística puede dar fe de todas las posibles anormalidades, o ser absolutamente correcta. A menudo encontramos modos de hablar muy convincentes en individuos inteligentes. A veces me sentía incluso incapaz de convencer a mi público que esperaba demostraciones clínicas de la patología de aquella lógica tan gravemente esquizofrénica.[9]

La hipótesis de Bleuler impide —y parece destinada a impedir— preguntarse *si* la persona en cuestión está enferma o no. Sólo se nos permite preguntar *de qué* está enferma, cómo ha contraído la enfermedad, qué tipo de patología manifiesta su pensamiento. Conceder eso, naturalmente, es lo mismo que abandonar el juego antes de empezar a jugar.

Frecuentemente, lo único que va mal (por así decirlo) en el llamado esquizofrénico es que habla con metáforas inaceptables para su público, en particular para su psiquiatra. A veces, Bleuler está a punto de reconocerlo. Por ejemplo, escribe:

> Una paciente dice que está siendo «sometida a violación», o que su confinamiento en un hospital mental constituye una forma distinta de violación de su persona. En la mayoría de los casos, recurre a *figuras de lenguaje inapropiadas*, especialmente la palabra «crimen», que vuelve una y otra vez para todas las formas de tormento y en las combinaciones más variadas [subrayado añadido].[10]

Aquí tenemos una rara oportunidad de comprobar cómo el lenguaje expresa aquello que es, en su quintaesencia, humano, y al mismo tiempo cómo el lenguaje puede usarse para privar a los individuos de su humanidad. Cuando las personas encarceladas en hospitales mentales hablan de *violación* y *crimen*, recurren a figuras de lenguaje inapropiadas, prueba de que padecen desórdenes

9. *Op. cit.*, pág. 148.
10. *Op. cit.*, pág. 151.

del pensamiento; pero, cuando los psiquiatras llaman a sus prisiones *hospitales*, a sus prisioneros *pacientes*, y al deseo de libertad de sus pacientes *enfermedad*, no recurren a figuras del lenguaje, sino que verifican hechos...

Lo más notable es que Bleuler comprendió perfectamente, quizás mucho mejor que muchos psiquiatras de hoy, que gran parte de lo que parece extraño y objetable en el lenguaje esquizofrénico es el modo en que esas personas utilizan la metáfora. Sin embargo, se sintió justificado al partir de ese hecho únicamente para considerar a esas personas como víctimas de una enfermedad, en el sentido literal más que en el metafórico. «Cuando una paciente declara», escribe Bleuler,

> que está en Suiza, o cuando otra quiere coger un ramo de flores para llevárselo a la cama y no despertarse nunca más, esas expresiones parecen, a primera vista, bastante incomprensibles. Pero obtenemos una clave para una explicación al saber que esos pacientes sustituyen con facilidad semejanzas por identidades, y piensan en símbolos con una frecuencia infinitamente mayor que la persona sana: es decir, emplean símbolos sin preocupación alguna por su adecuación a la situación dada."

La explicación que Bleuler da de los síntomas le crea nuevos problemas al psiquiatra, al lógico, al humanista y al lego libertario. Porque esta perspectiva psiquiátrica, hoy clásica, nos plantea con urgencia estas preguntas: si lo que convierte en síntomas las expresiones esquizofrénicas es el hecho de que sean incomprensibles, ¿acaso siguen siendo síntomas cuando dejan de serlo? Si las expresiones son comprensibles, ¿por qué confinar en manicomios a quienes las formulan? De hecho, ¿por qué confinar a las personas, aunque sus expresiones sean incomprensibles? Esas son las cuestiones que nunca se plantea Bleuler. Además, son

11. *Op. cit.*, pág. 428.

unas cuestiones que no pueden suscitarse en psiquatría, ni siquiera hoy, porque semejantes preguntas exponen los imperios de la psiquiatría a verse privados de enfermedades visibles, como el emperador del cuento lo estaba de ropas visibles.

Considérese asimismo a la paciente que, según escribe Bleuler, «"posee" Suiza; y que, en el mismo sentido, dice "soy suiza". Ella puede decir también "soy libertad", puesto que para ella Suiza significa nada menos que libertad». Según Bleuler,

> la diferencia entre el uso de semejantes frases en los esquizofrénicos y en los sanos radica en que, para los segundos, constituye una mera metáfora, mientras que, para los pacientes, la línea divisoria entre representación directa e indirecta ha quedado enturbiada. El resultado es que a menudo piensan esas metáforas en un sentido literal.[12]

La fuente de la falacia egocéntrica y etnocéntrica de Bleuler es aquí dramáticamente evidente. Un psiquiatra católico que escribiese en un país católico, ¿se habría expresado tan caballerosamente sobre la literalización de la metáfora como síntoma esencial de la esquizofrenia —la forma más maligna de demencia conocida por la ciencia médica? Porque, desde el punto de vista protestante, ¿qué es la doctrina católica de la transubstanciación sino la literalización de una metáfora? *Mutatis mutandis*, sostengo que la concepción psiquiátrica de la enfermedad mental es también una metáfora literalizada[13]. La diferencia principal, a mi modo de ver, entre esas metáforas esenciales, católicas y psiquiátricas, y las metáforas de los pacientes llamados esquizofrénicos no radica en ninguna peculiaridad lingüística, o ló-

12. *Op. cit.*, pág. 429.
13. Véase mi libro *The Myth of Mental Illness...*, *op. cit.* y mi articulo «Mental Illness as a Metaphor» en *Nature* 22 (marzo de 1973): 305-307.

gica de los respectivos símbolos, sino en su legitimidad social.

El propósito principal de mis observaciones precedentes era demostrar que el juicio intuitivo sobre la humanidad de otras personas, que se formula a partir del hecho de que se expresan o no como nosotros, no es de fiar. Por consiguiente, este criterio de humanidad debe ser repudiado por los humanistas. Pienso que el cambio podría ser saludable: podríamos llegar a un concepto de las personas, por lo menos tan humano como lo es nuestro concepto de los animales y las cosas. No exigimos que las abejas nos expliquen el lenguaje de los insectos, ni que las tabletas egipcias nos expliquen el significado de los jeroglíficos, y no por eso sacamos la conclusión de que, al no poder explicarnos sus lenguajes, son incomprensibles, o faltos de sentido. Sin embargo, eso es exactamente lo que han hecho los psiquiatras —y en gran medida todos los demás— con respecto a los pacientes llamados mentales: insisten en que el paciente les proporcione una descripción de sí mismo que les resulte satisfactoria, y, si el paciente no lo consigue, lo declaran enfermo y lo encarcelan como loco.

¿Por qué no esperamos la misma responsabilidad intelectual de nosotros mismos al enfrentarnos al enigma que la conducta de otras personas nos plantea, como hacemos al vernos enfrentados al enigma que nos plantea la conducta de los animales y las cosas? En otros tiempos, se llamaban heréticos y brujos a las personas cuya conducta se consideraba incomprensiblemente maligna; hoy se les llama pacientes mentales. ¿Quién sabe cómo se les llamará mañana? Obviamente, esas conductas sólo son malignas porque violan los valores eternos de quienes están en el poder, y sólo son incomprensibles porque quienes manifiestamente tratan de entenderlas no lo hacen de hecho, sino que las definen como incomprensibles y, por eso mismo, irracionales.

En relación con esto, me gustaría mencionar una paradoja que hace tiempo considero amargamente irónica. En el campo de la conducta animal —hoy una disciplina amplia y creciente—, los investigadores comparan a menudo la conducta comunicativa de las marsopas con la de las personas, y llaman lenguaje a su conducta extrovertida. En los primeros tiempos de la psiquiatría —cuando los guardianes de los locos se llamaban más correctamente médicos de locos y alienistas—, los guardianes comparaban a los locos con las bestias salvajes, tachando de gruñidos animales las súplicas de los dementes. Hoy —cuando los guardianes son científicos médicos—, los psiquiatras comparan al esquizofrénico con el sifilítico y contemplan su trastorno de pensamiento como una manifestación de su trastorno cerebral. Así pues, puede decirse que el etólogo siente una ardiente pasión por humanizar a los animales y el psiquiatra por deshumanizar a las personas.

Mis precedentes observaciones son pertinentes en cuanto a lo que preocupa a los humanistas, no sólo porque arrojan una nueva luz sobre las relaciones entre cómo usan las personas el lenguaje y cómo las juzgan otros, considerándolas más o menos lúcidas, o más o menos humanas, sino también porque arrojan una nueva luz sobre la doble función del lenguaje, en particular en lo que se refiere a las relaciones humanas, a saber: entender a las personas y controlarlas. Esta doble función del lenguaje en las relaciones humanas contrasta vivamente con la función singular del lenguaje en relación con los animales y las cosas: en nuestras relaciones con el mundo no humano, sólo usamos el lenguaje para entender y emplear una especie de acción directa —no verbal, no simbólica— controladora[14]. El resultado es que pre-

14. Véase mi libro *Ideology and Insanity..., op. cit.*, págs. 190-217.

tendemos a menudo querer entender a otra persona cuando, de hecho, deseamos controlarla. En efecto, cuando más deseamos controlar a otros es cuando solemos mantener dos exigencias contradictorias: que su conducta resulte incomprensible y que entendamos su conducta mejor que ellos mismos. Deberíamos ser escépticos frente a esas pretensiones, aunque provengan de psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, o psicohistoriadores —esa última estirpe de psicoasesinos que, naturalmente, se consideran nuestros humanistas *par excellence*. Enfrentados a semejantes explicaciones y explicadores, deberíamos preguntar: *Cui bono*? ¿A quién benefician esas explicaciones? ¿Cuál es la relación entre sujeto y explicador? ¿Son amigos, o enemigos? ¿Quiere el sujeto ser objeto de explicación? Pues resulta obvio que, al explicar la conducta de alguien en contra de su voluntad y explicarla cuando se la desprecia, es en realidad, aunque pretenda manifiestamente ser una explicación, un confinamiento metafórico: semejante explicación confina mediante una imaginería despectiva y degradante, al igual que el destierro, la cárcel y las galeras confinan mediante una acción degradante y destructiva.

La lucha por la libertad y la dignidad humanas se lleva hoy a cabo en muchos frentes y de muchos modos distinos. Como humanistas —como humanistas lingüísticos, si puedo sugerir una auto-descripción aproximada que algunos podríamos considerar acertada—, podríamos y deberíamos estar en la vanguardia de aquellos cuyas armas son plumas en vez de espadas; máquinas de escribir y libros en vez de manifestaciones y bombas. Eso significa que debemos defender los derechos humanos, porque las víctimas son seres humanos. Si consideran forzada u oscura esta afirmación, permítanme recordarles que, con frecuencia, los humanistas y los libertarios civiles han defendido, gustosos, los «derechos de los mentalmente enfermos» y los derechos de otros grupos marginados como el de los homosexuales, los dro-

gadictos, los negros, las mujeres, etc. Desde el punto de vista que intento articular, es un grave error. Deberíamos rechazar slogans como «proteger los derechos de los mentalmente enfermos» (u otros grupos marginados); en vez de esto, deberíamos luchar por los derechos de las personas a negarse a ser clasificadas como enfermos mentales (o como cualquier otra cosa) en contra de su voluntad. Con otras palabras, deberíamos defender con firmeza el derecho de los hombres y las mujeres a rechazar esas identificaciones, o diagnósticos hechos en contra de su voluntad, que tradicionalmente han justificado y hecho posible, y a menudo siguen justificando y haciendo posible, su tratamiento mediante sistemas deleznables e infrahumanos, a manos de aquellos que deberían cuidar de ellos, pero que, en realidad, los usan como chivos expiatorios.

Deberíamos insistir muy especialmente en el hecho de que los miembros de ciertos grupos marginados no tengan derecho a tratamiento alguno, al aborto, o a centros de custodia, a la metadona, o a cualquier otro servicio o consideración especial; sin embargo, a lo que sí tienen derecho es a ser considerados y llamados personas, o seres humanos. Además, puesto que no hay derechos sin los correspondientes deberes, esta posición —en contraste con la posición paternalista-terapéutica hoy tan aceptada con respecto a los dementes, los locos, las mujeres, etc.— supone, en primer lugar, que, por muy grande que puedan ser las diferencias entre nosotros y ciertos miembros de esos grupos, deberíamos negarnos a considerarles *a priori* mejores o peores, más o menos merecedores que cualquier otro de vivir en la sociedad; y, en segundo lugar, que esas víctimas acepten la misma obligación de considerarse en lo esencial ni mejores o superiores, ni peores o inferiores que los demás. No podemos a la vez guardar el pastel y comérnoslo; no podemos predicar el humanismo y practicar el chauvinismo masculino o femenino, el paternalismo o el terapeutismo.

Para concluir, me gustaría volver a mi propuesta inicial de que una de las principales preocupaciones del humanista sea el lenguaje y, en particular, su uso disciplinado. No se trata, repito, de una idea nueva, no sólo lo reconozco sino que lo señalo. Respeto demasiado la tradición intelectual para creer que un humanista deba tan sólo aspirar a la novedad. Creo, por el contrario, que deberíamos intentar reafirmar y rearticular la sabiduría de los humanistas que nos han precedido, y que debería construirse sobre los cimientos sólidos, aunque ya conocidos, que ellos asentaron para nosotros.

En consecuencia, me gustaría terminar citando algunas observaciones sobre el lenguaje que expresan perfectamente esos principios y prácticas atemporales con los que, como humanistas, deberíamos volver a comprometernos para siempre.

«A un sabio chino, en tiempos remotos», cuenta Erich Heller,

> le preguntaron una vez sus discípulos qué haría en primer lugar si tuviera el poder de arreglar los asuntos del país. Respondió: «Me cuidaría desde luego de que el lenguaje se usara correctamente». Los discípulos se miraban perplejos. «Este es», dijeron, «un problema secundario y trivial. ¿Por qué os parece tan importante?». Y el Maestro repuso: «Si el lenguaje no se usa correctamente, lo que se dice no es lo que se quiere decir; si lo que se dice no es lo que se quiere decir, lo que debiera hacerse quedaría sin hacerse; si esto quedara sin hacerse, la moral y el arte se corromperían; si la moral y el arte se corrompieran, la justicia se descarriaría; si la justicia se descarriara las personas quedarían indefensas y sumidas en una gran confusión».[15]

15. E. Heller, «A Symposium: Assessment of the Man and the Philosopher», en K. T. Fann, ed. Ludwig Wittgenstein: *The Man and His Philosophy* (Nueva York: Dell, Delta Books, 1967), pág. 64.

En nuestros días, George Orwell estaba obsesionado —en el sentido más sublime de la palabra— por la idea de que el lenguaje era el alma misma del hombre. «Newspeak» no es la advertencia de una amenaza imaginaria y futura para la dignidad humana; es la descripción imaginativa de una atávica tendencia humana, quizás perenne, a corromper y controlar al hombre corrompiendo y controlando su lenguaje. El breve ensayo de Orwell «La política y la lengua inglesa» puede servir muy bien de manifiesto para los humanistas lingüísticos. Allí escribe:

> El estilo pomposo es en sí una especie de eufemismo. Una masa de palabras latinas cae sobre los hechos como nieve blanda, borrando los perfiles y cubriendo todos los detalles. El gran enemigo del lenguaje claro es la falta de sinceridad. Cuando hay un vacío entre las metas reales y las declaradas, uno se vuelve instintivamente hacia las palabras compuestas y los idiomas trasnochados, como un calamar escupiendo tinta. En nuestra era, no hay nada como «mantenerse fuera de la política». Todos los asuntos son asuntos políticos, y la política misma es un montón de mentiras, evasiones, desatinos, odios y esquizofrenias. Cuando la atmósfera general es mala, el lenguaje se resiente. Desearía comprobar —y ésta es una sospecha que no puedo confirmar por falta de conocimiento— si las lenguas alemana, rusa e italiana se han deteriorado en los último diez o quince años como resultado de la dictadura.[16]

Orwell termina con una recomendación que bien podríamos adoptar como nuestro credo:

> ...Deberíamos reconocer que el actual caos político va relacionado con la desintegración del lenguaje, y que podemos producir alguna

16. G. Orwell, «Politics and the English Language» en *The Orwell Reader: Fiction, Essays and Reportage* (Nueva York: Harcourt Brace Javanovich, 1956), págs. 363-364.

> mejora empezando por el fin verbal. Si simplificamos nuestro inglés, nos libraremos de los peores desatinos de la ortodoxia. No será posible hablar ninguno de esos «dialectos» hoy necesarios, y cuando hagamos una observación estúpida, su estupidez será obvia, incluso para nosotros mismos. El lenguaje político... fue inventado para hacer que las mentiras suenen verídicas y el asesinato respetable, para asignar una apariencia de solidez al puro viento. Uno no puede cambiar todo esto en un momento, pero puede, al menos, cambiar los propios hábitos.[17]

Todo lo que Orwell dice aquí sobre el lenguaje político se aplica también, quizás aún con mayor fuerza, a los lenguajes de las llamadas ciencias conductistas y, entre ellas, en particular al de la psiquiatría. Sin embargo, el movimiento humanista moderno ha buscado a menudo inspiración y orientación en los científicos conductistas, y en particular en los psiquiatras, que se llaman a sí mismos y se consideran humanistas, y así son en general considerados por otros. Es un gravísimo error: entre los enemigos del humanismo, la psiquiatría —es decir, la ideología de la salud mental y la enfermedad mental, con los engaños y las coacciones psiquiátricas justificadas en su nombre— es uno de los más peligrosos y poderosos. Podemos recordar que Terencio dijo: «Soy hombre y nada humano me es ajeno». El psiquiatra ha invertido esto. Declara: «Soy un psiquiatra, nada ajeno me es humano», volviendo así a afirmar el viejo y bárbaro criterio de lo humano.

Con todo, reconociendo a un adversario disfrazado de aliado, desenmascarando a un villano enmascarado de amigo, sólo hemos llevado a cabo a medias la batalla. El resto —la batalla contra uno de los credos socio-políticos contemporáneos más viciosos, que mantiene una guerra declarada contra la libertad humana y la dignidad, corrompiendo el lenguaje— queda prácticamente por hacer. Sin embargo, creo que, si triunfamos en

17. *Op. cit.*, págs. 336.

esta lucha, no será porque seamos razonables o bien intencionados, racionales o liberales, religiosos o seculares, sino porque protegeremos y perfeccionaremos nuestro espíritu protegiendo y perfeccionando nuestro lenguaje.

El derecho a la salud

En toda sociedad —tribal o industrial, teológica o secular, capitalista o comunista—, los bienes y servicios se distribuyen en modo desigual. De hecho, eso es lo que quieren decir realmente las palabras *rico* y *pobre*; es su «definición operativa»: los ricos poseen y los pobres no. Los «tenientes» comen alimentos más nutritivos, residen en hogares más cómodos y amplios, y viajan en medios de transporte más lujosos que los «no tenientes». Existen diferencias similares entre las mismas personas y los mismos grupos respecto al cuidado médico. Cuando el hombre rico enferma, ocupa una cama de hospital en un cuarto sólo para él, o en una *suite* privada, y recibe tratamiento de los mejores médicos —o cuando menos, los más caros— de la ciudad. Cuando un hombre pobre enferma, ocupa una cama en la institución de caridad —aunque ya no merezca ese nombre— y recibe tratamiento por parte de hombres jóvenes que, aunque llamados *médicos*, son tan sólo estudiantes de medicina. En resumen, aunque no es una desgracia ser pobre, tampoco es un gran honor.

Aunque sea sabido de todos que los pobres siempre tendrán más necesidades que los ricos y los ricos más satisfacciones que los pobres, hoy este hecho es objeto de asombro y denuncia por parte de los epidemiologistas psiquiátricos. Por ejemplo, Ernest Gruenberg declara que, en nuestra sociedad, hay «una pauta por la que la enfermedad está en función contraria al ingreso fami-

liar, mientras que la atención médica recibida está en función directa del ingreso familiar»[1]. En palabras llanas, eso significa que la pobreza engendra enfermedad y la opulencia, atención médica. Naturalmente, la misma afirmación podría hacerse acerca de cualquier otra necesidad y satisfacción humana importante. Por ejemplo, para ganarse la vida, un hombre pobre necesita más que el rico un medio de locomoción, porque el rico bien podría quedarse en casa y vivir de sus inversiones; pero el primero debe enfrentarse con los deficientes sistemas de transportes públicos suministrados por la comunidad, mientras el segundo posee una flota de coches privados, barcos y aviones. Semejantes consideraciones no le impiden a Gruenberg, y a muchos otros médicos que han tratado el tema, observar —lamentándose, a mi entender, con cierta ingenuidad— que uno puede dudar... «de que hayan eliminado la paradoja los esfuerzos por redistribuir la atención médica»[2]. Pero no hay tal paradoja, salvo para el utópico reformista social que contempla todas las diferencias sociales como enfermedades contagiosas, en espera de ser barridas gracias a sus esfuerzos terapéuticos.

La idea de que el tratamiento médico constituye un derecho más que un privilegio ha ido afianzándose en la última década[3]. Los que abogan por la idea están sin duda motivados por buenas intenciones: desean corregir ciertas desigualdades en la distribución de los servicios sanitarios de la sociedad norteamericana. Nadie les discutirá que esas desigualdades existen. Sin embargo, lo que se discute es cómo distinguir entre desigualdades e iniquidades, y cómo determinar qué políticas gubernamentales son más adecuadas

1. E. Gruenberg, «Counting Sick People», Science 161 (julio de 1968): 347.
2. *Op. cit.*
3. Véase, por ejemplo, B. S. Brown, «Psychiatric Practice and Public Policy», *American Journal of Psychiatry* 125 (agosto de 1968): 141-146.

para asegurar una buena atención médica para el máximo número de personas[4].

El deseo de mejorar la suerte de las personas menos afortunadas es digno de encomio; de hecho, yo también comparto este deseo. Sin embargo, salvo que todas las desigualdades sean consideradas iniquidades —criterio claramente incompatible con la organización social y la vida humana tal como la conocemos— permanecen dos cuestiones importantes: primero, ¿qué desigualdades deberían considerarse iniquidades? Y segundo, ¿cuáles son los medios más apropiados para reducir al mínimo, o abolir, las desigualdades que consideramos injustas? Los llamamientos a las buenas intenciones no ayudan a contestar a esas preguntas.

Son dos los grupos de personas cuya situación con respecto a la atención médica es especialmente desairada, o injusta, y cuya condición tratan de mejorar los que abogan por el derecho al tratamiento. Uno está formado por las personas pobres que necesitan atención médica rutinaria. El otro se compone de los reclusos de los hospitales mentales públicos que, supuestamente, necesitan atención psiquiátrica. Sin embargo, las propuestas relacionadas con las personas pobres que deberían tener acceso a una atención médica mayor, mejor y menos costosa de la que tienen ahora, y las relacionadas con los reclusos de los

4. Desde la Revolución francesa, y siempre más durante el siglo pasado, casi todos los gobiernos occidentales han fomentado la creencia de que no sólo las grandes desigualdades en materia de salud, sino también las desigualdades de todo tipo —por ejemplo, de ambición, talento y, por supuesto, salud —son iniquidades. El resultado de esta situación ha sido comentada con gran ironía por C. S. Lewis: «Los hombres no se lamentan tan sólo de su desventura, sino de la desventura como ofensa. Y el sentimiento de la ofensa proviene del sentimiento de que una demanda legítima les fue denegada. Por lo tanto, cuántas más demandas pueda formular su paciente en la vida, con mayor frecuencia se sentirá ofendido». (*The Screwtape Letters and Screwtape Proposes a Toast*, Macmillan, Nueva York, 1971, págs. 95-96.)

hospitales mentales públicos que deberían recibir mejor atención psiquiátrica, plantean dos problemas bastante distintos. Por lo tanto, trataré cada uno de ellos por separado.

La disponibilidad de servicios médicos para una sola persona, o para un grupo de personas, depende, en una sociedad específica, sobre todo del suministro de los servicios deseados y de los poderes de prospección del usuario para exigir esos servicios. Ningún gobierno u organización —ya sea el de los Estados Unidos, la Asociación Médica Norteamericana, o el Partido Comunista de la Unión Soviética—, puede suministrar atención médica mientras no tenga poder para controlar la educación de los médicos, su derecho a practicar la medicina y el modo en que disponen de su tiempo y energías. En otras palabras, sólo los individuos pueden suministrar tratamiento médico a personas enfermas; las instituciones, como la Iglesia, o el Estado, pueden promover, permitir, o prohibir, ciertas actividades terapéuticas, pero jamás suministrar servicios médicos por sí mismas.

Los grupos sociales que detentan poder son notoriamente propensos a prohibir el libre ejercicio de ciertas capacidades humanas, así como la libre circulación de algunos medicamentos y artefactos. Por ejemplo, durante la baja Edad Media y el comienzo del período renacentista, la Iglesia prohibió a los médicos judíos que ejercieran su profesión y a los pacientes no judíos que requirieran sus servicios. La misma prohibición fue impuesta por el Estado en la Alemania nazi. En las democracias modernas del Occidente libre, el Estado sigue ejerciendo su prerrogativa de prohibir cierto tipo de actividades terapéuticas. En realidad, la prohibición ya no se basa en que los terapeutas pertenezcan a una u otra religión; por el contrario, se basa en que no tienen suficiente formación, o que no tienen una formación adecuada como médicos. Esto es así, porque el poder del Estado, al conceder él mismo las licen-

cias, cumple una doble función, las dos separadas y mutuamente incompatibles: proteger al público —es decir, a los pacientes actuales o potenciales— de los médicos incompetentes, asegurando un nivel adecuado de formación y competencia por parte de todos ellos y proteger a los miembros y los intereses de un grupo —el de los médicos— en el que la competencia es excesiva entre profesionales de formación similar y terapeutas con convicciones y capacidades distintas, que podrían ser más útiles a los posibles clientes que los oficialmente aprobados. De ello resulta una alianza compleja y poderosa, primero entre la Iglesia y la Medicina y, luego, entre el Estado y la Medicina, donde los médicos desempeñan papeles dobles como terapeutas y agentes de control social. La función restrictiva del Estado con respecto a la práctica médica ha sido, y sigue siendo, especialmente significativa en los Estados Unidos.

Sin profundizar más en las complejidades de este tema amplio y denso, basta observar que nuestro actual sistema de formación y práctica médicas está muy lejos de aquel capitalismo del *laissez faire* con el que lo confunden muchos, y especialmente sus enemigos. En la actualidad, la Asociación Médica Norteamericana no es sólo un grupo de presión inmensamente poderoso, con intereses supuestamente médicos, sino también una fuerza que los reformistas defienden con gran fervor[5]. De la alianza entre la Medicina organizada y el Gobierno norteamericano nació un sistema de enseñanza y licenciatura con estrechos controles sobre la producción y distribución de la salud pública en el contexto de una escasez crónica, artificialmente creada, de personal médico. Esta supuesta escasez se ha conseguido limitando el número de médicos en funciones mediante una regulación de la licenciatura médica.

Siendo lo que son las leyes económicas, cuando

5. Véase, por ejemplo, J. S. Clark, Jr., «Can the Liberals Rally?», *Atlantic Monthly*, julio de 1953, págs. 27-31.

la oferta de un servicio determinado es inferior a la demanda tenemos un mercado de vendedores; eso es bueno para los vendedores, en este caso la profesión médica. A la inversa, cuando la oferta es mayor que la demanda, tenemos un mercado de compradores; eso es bueno para los compradores, en este caso los pacientes potenciales. Según los defensores de una economía de mercado libre —que, dentro de todo, es lo mejor—, una manera de ayudar a los compradores a conseguir más al precio más bajo posible consiste en incrementar la oferta del producto, o del servicio requerido. Eso sugeriría que, en vez de pedir ayudas al Gobierno para construir centros sanitarios y centros de salud mental en los barrios, los miembros menos opulentos de la sociedad norteamericana deberían satisfacer sus necesidades médicas sencillamente derogando las leyes que controlan la licenciatura [6] médica. Por ilógico que pueda parecer, en los círculos médicos y liberales,

6. Los efectos deletéreos sobre el público de la licenciatura profesional en general, y de la licenciatura médica en particular, han sido bien analizados y articulados por Milton Friedman. Observa que la justificación para la vigencia de normas especiales que regulan las licenciaturas, y en particular las que regulan la práctica médica, radica en que «siempre se consideró la necesidad de proteger el interés público. Sin embargo, las presiones sobre los órganos legislativos que regulan las licencias profesionales rara vez provienen del público... Por el contrario, las presiones provienen invariablemente de los miembros de la propia profesión» (*Capitalismo y Libertad* [Chicago: University of Chicago Press, 1972], pág. 140).

Salvo que uno crea en el especial altruismo de los médicos (del cual no existen pruebas irrefutables), deberá deducirse inevitablemente que la actual finalidad de las leyes restrictivas sobre las licencias —comparadas con las que regulan la capacidad profesional específica de las personas, como la de matemáticos o físicos, que no implican restricciones legales sobre otros, que carecen de esa capacidad—, es precisamente contraria a la meta que manifiesta y profesa. Con el pretexto de proteger al público de profesionales incompetentes, protegen a éstos de la posible competencia de otros vendedores de servicios requeridos y de la libertad de elección de un público ilustrado.

esa sugerencia se considera disparatada, o algo aún mucho peor.

Puesto que la oferta de atención médica en los Estados Unidos es reducida, su acceso para los pobres podría mejorarse redistribuyendo la oferta existente, incrementándola, o haciendo las dos cosas. Muchos individuos y grupos que piden a gritos una mejora en nuestro sistema de atención médica no se dan cuenta de que la escasez de personal médico ha sido creada artificialmente, y se niegan a buscar en el libre mercado una restauración del equilibrio entre demanda y oferta. Por el contrario, intentan remediar el desequilibrio redistribuyendo la oferta existente, lo cual implica robar a Pedro para pagar a Pablo. Esta propuesta se sitúa en la tradición de otras modernas reformas sociales liberales, como la redistribución de la riqueza mediante un impuesto progresivo y un sistema de seguridad social forzoso. Sin duda, un sistema político y económico de carácter más socialista que el que conocemos podría promover una nivelación en la calidad de la atención médica recibida por los ricos y los pobres. Quedaría por ver si la calidad del servicio médico dispensada a los pobres sería igual a la dispensada a los ricos, y viceversa. La experiencia sugiere, desde luego, que no. Durante más de un siglo, hemos tenido nuestra versión de la atención psiquiátrica sufragada por el Estado para todos aquellos que la necesiten, o sea el sistema según el cual el Estado pasa a ser el .hospital mental. Los resultados de ese esfuerzo están ahí para que todos podamos juzgarlos.

Por una de esas ironías de la vida, es precisamente la inadecuación de la atención médica en las instituciones mentales públicas lo que ha inspirado el concepto del derecho al tratamiento. En dos sentencias históricas, dictadas por el Tribunal de Apelación Norteamericano para el Distrito de Columbia Circuit, el tribunal ratificó el concepto del derecho al tratamiento para personas confinadas en hospitales mentales públicos.

En la causa *Rouse v. Cameron*, el juez Bazelon, hablando en nombre del tribunal, declaró que «el propósito de la hospitalización no voluntaria es el tratamiento, no el castigo»; observó que «el Congreso estableció un derecho *estatutario* al tratamiento en la ley de 1964 sobre hospitalización de los enfermos mentales»; y concluyó diciendo que «es inalienable el derecho del paciente al tratamiento»[7].

Podría observarse que Rouse había sido ingresado en contra de su voluntad en el Hospital de Sta. Isabel, en noviembre de 1962, al ser considerado inocente de llevar un arma peligrosa, debido a su estado de demencia. Si Rouse hubiese sido considerado culpable, la máxima sentencia habría sido de un año de cárcel. Sin embargo, al haber sido «exonerado» llevaba ya cuatro años en el hospital de Sta. Isabel cuando apeló a los tribunales. Además, Rouse pretendía que jamás había estado mentalmente enfermo, que no lo estaba y que jamás había necesitado tratamiento psiquiátrico, opiniones que Bazelon no sólo ignoró, sino que invirtió.

El día en que se dictó el veredicto del caso Rouse, el mismo tribunal reiteró y extendió sus criterios sobre el derecho al tratamiento a la causa *Millard v. Cameron*. Millard había sido acusado de exhibicionismo en julio de 1962, fue considerado culpable y posteriormente ingresado en el hospital de Sta. Isabel como «psicópata sexual». Su apelación se basaba en la afirmación de que no recibía tratamiento alguno. El juez Bazelon, hablando una vez más en nombre del tribunal, declaró: «En *Rouse v. Cameron*... (nosotros) sostuvimos que el apelante había ejercido su derecho a una indemnización, al probar que no recibía el tratamiento debido y adecuado. La falta de semejante tratamiento, dijimos, no podía justificarse por la falta de personal, o de medios. Pensamos

7. *Rouse v. Cameron*, 125 U.S. App. D.C. 366, 373 F. 2d. 451 (1966), págs. 452, 453 y 456.

que el mismo principio se aplica a una persona que fue ingresada en contra de su voluntad en un hospital público como psicópata sexual»[8].

Sin embargo, ni *Rouse* ni *Millard* hicieron que el juez Bazelon definiera qué era «tratamiento adecuado» o, en opinión del tribunal, qué sería un tratamiento claramente inadecuado. Examinemos, pues, qué conlleva e implica el concepto de un derecho al tratamiento médico o psiquiátrico[9].

La mayor parte de las personas que se encuentran en hospitales mentales públicos no reciben lo que debiera considerarse un tratamiento. Partiendo de este hecho, Morton Birnbaum ha patrocinado «el reconocimiento y fortalecimiento del derecho legal de un recluso mentalmente enfermo, recluido en una institución mental pública, al tratamiento médico adecuado de su enfermedad mental»[10]. Aunque ni define «enfermedad mental», ni «tratamiento adecuado», la propuesta fue recibida con entusiasmo en círculos tanto legales como médicos[11]. ¿Por qué? Porque defendía el mito de que la enfermedad mental es un problema médico que puede ser resuelto por sistemas médicos.

La idea de un *derecho* al tratamiento mental es ingenua y peligrosa. Es ingenua porque considera el problema del paciente mental hospitalizado en una institución pública como si se tratara de un problema médico y no de un problema económico, religioso, social y de formación. Es peligrosa porque el remedio propuesto crea otro problema —el tratamiento mental obligatorio—, pues,

8. *Millard v. Cameron*, 125 U.S. App. D.C. 383, 373 F. 2d. 468 (1966), pág. 472.

9. Véase, en relación a este tema, mi libro *Law, Liberty and Psychiatry...*, *op. cit.*, págs. 214-216.

10. M. Birnbaum, «The Right to Treatment», *American Bar Association Journal* 46 (1960): 499.

11. Véase, por ejemplo, T. Gregory, «A New Right» (editorial), *American Bar Association Journal* (1960): 516; y *The New York Times*, 15 de diciembre de 1967.

en el contexto del confinamiento no voluntario, también el tratamiento ha de ser forzoso.

Aclamando el derecho al tratamiento como «nuevo derecho», el editor del «American Bar Association Journal» comparaba el tratamiento psiquiátrico para pacientes en hospitales mentales públicos con el subsidio al desempleo. En ambos casos, se nos dice, el principio es ayudar a las víctimas en desafortunadas circunstancias[12].

Pero las cosas no son tan simples. Sabemos qué es el desempleo; pero no tenemos tan claro qué es la enfermedad mental. Además, una persona sin trabajo no suele negarse a recibir dinero, y, si lo hace, nadie le fuerza a aceptarlo. La situación del paciente mental hospitalizado en contra de su voluntad es bastante distinta; no desea tratamiento psiquiátrico, y cuanto más se opone a él más firmemente insiste la sociedad en que debe recibirlo.

Desde luego, si definimos el tratamiento psiquiátrico como ayuda para víctimas en circunstancias desafortunadas, ¿cómo puede alguien oponerse a él? Pero la verdadera cuestión es doble: ¿qué quiere decirse con ayuda psiquiátrica? y ¿qué harían los que ayudan, si la víctima se negara a ser ayudada?

Desde un punto de vista legal y sociológico, el único modo de definir la enfermedad mental es enumerar los tipos de conducta que los psiquiatras consideran característicos de semejantes enfermedades. Asimismo, podemos definir el tratamiento psiquiátrico enumerando los procedimientos que los psiquiatras dan por sabidos para semejante terapia. Bastará con un breve ejemplo.

Maurice Levine enumera 40 métodos de psicoterapia. Incluye, entre ellos, tratamiento físico, tratamiento médico, apoyo, firmeza, autoridad, hospitalización, ignorar ciertos síntomas y actitudes, satisfacción de las necesidades neuróticas y biblioterapia. Además, hay métodos físicos de terapia

12. Gregory, «A New Right», *op. cit.*, pág. 516.

psiquiátrica, como los sedantes y tranquilizantes, la inducción de convulsiones mediante drogas o electricidad, y la cirugía cerebral[13]. Obviamente, el término *tratamiento psiquiátrico* abarca todo cuanto puede hacerse a una persona bajo auspicios médicos... y aún más.

Si el tratamiento psiquiátrico consiste en llevar a la práctica todas las cosas que Levine y los otros nos cuentan, ¿cómo determinaremos si reciben o no el debido tratamiento los pacientes en los hospitales mentales? No cabe duda de que muchos de ellos están ya siendo tratados con amplias dosis de firmeza y autoridad, ignorándose sus síntomas y, por supuesto, con satisfacción de las necesidades neuróticas. Este último sistema terapéutico supone otorgar poderes singularmente siniestros a los terapeutas. Los psicoanalistas han mantenido durante largo tiempo que muchos criminales cometen actos anti-sociales debido a un sentimiento de culpa. Lo que ansían neuróticamente es el castigo. Siguiendo esa lógica, el encarcelamiento indefinido podría ser considerado como un tratamiento psiquiátrico adecuado.

Actualmente, nuestras instituciones psiquiátricas públicas realizan sus servicios basándose en la hipótesis de que es moralmente legítimo tratar contra su voluntad a las personas llamadas mentalmente enfermas. Sirve de ejemplo un documento preparado por el Comité para la Recodificación de la Legislación sobre Higiene Mental del Estado de Nueva York. Comienza con la declaración de que «es axiomático que toda la legislación sobre higiene mental se relacione con los derechos de los pacientes, especialmente derechos al cuidado y al tratamiento adecuados»[14].

Esta afirmación es de una descarada falsedad. La primera preocupación de cualquier ley sobre

13. M. Levine, *Psychotherapy in Medical Practice* (Nueva York: Macmillan, 1942), págs. 17-18.

14. Instituto de Administración Pública, «A Mental Hygiene Law for New York State», Art. 37, febrero de 1968, proyecto.

higiene mental es dotar de poder a los médicos para encarcelar a ciudadanos inocentes recurriendo a la etiqueta «reclusión civil», y para justificar la tortura que les infligen mediante actos violentos llamados *tratamientos psiquiátricos*. Como cabía esperar, entre los miembros del recién mencionado Comité estaban el delegado y dos adjuntos del Departamento de Higiene Mental del Estado de Nueva York. Brillaban por su ausencia del Comité los reclusos de los hospitales mentales públicos y los ex-reclusos, o expertos delegados por esos «pacientes» para representarlos.

En relación con el tratamiento psiquiátrico, pues, el problema fundamental, y vejatorio, es el siguiente: ¿cómo puede ser un derecho el tratamiento que es también forzoso? Como he demostrado en otro lugar, el problema planteado por el mal trato de los enfermos mentales, hospitalizados en instituciones públicas, no deriva de insuficiencia alguna en el tratamiento que reciben, sino de la falacia conceptual básica, inherente al concepto de salud mental, y de la maldad moral, inherente a la práctica de la hospitalización mental no voluntaria[15].

Preservar el concepto de enfermedad mental y las prácticas sociales que ha justificado, ocultando sus flagrantes fallos éticos y cognocitivos, mediante un derecho que se sobrepone al tratamiento mental, sólo hace más grave una situación ya de por sí intolerablemente opresiva.

El problema planteado por el «almacenamiento» de ingentes cantidades de personas indeseadas, indefensas y estigmatizadas, en inmensos hospitales mentales estatales podría resolverse mejor —mejor, me refiero, para los pacientes victimizados, aunque no necesariamente para la sociedad que los convierte en víctimas, o para los profesionales que se benefician de este arreglo— preguntando: ¿qué necesitan con más urgencia los pa-

15. Véase mi libro *Law, Liberty of Psychiatry...*, *op. cit.*

cientes mentales hospitalizados en contra de su voluntad? ¿El derecho a recibir tratamientos que no desean, o el derecho a negarse a esas intervenciones?

Como indican mis anteriores observaciones, veo dos defectos fundamentales en el concepto del derecho al tratamiento. Uno es científico y médico y deriva de preguntas sin respuestas claras sobre lo que constituye una enfermedad o un tratamiento, o quién decide quién es el paciente y quién el médico. La otra es política y moral y deriva de aspectos no aclarados sobre las diferencias entre derechos y pretensiones.

En el actual estado de la práctica médica y en la opinión pública, las definiciones de los términos *enfermedad, tratamiento, médico,* y *paciente* son tan imprecisas que el concepto de un derecho al tratamiento sólo puede servir para enturbiar aún más una situación extremadamente confusa. Por ejemplo, uno puede tratar, en el sentido médico del término, sólo una enfermedad o, más exactamente, sólo a una persona, ahora llamada paciente, que padece una enfermedad. Pero ¿qué es una enfermedad? Desde luego, el cáncer, la apoplejía y el infarto lo son. Pero ¿es una enfermedad la obesidad? ¿Qué hay sobre fumar cigarrillos? ¿Inyectarse heroína o fumar marihuana? ¿Fingir enfermedad es para evitar el servicio militar o cobrar un seguro? ¿La homosexualidad, la cleptomanía, o la angustia? Cada una de esas situaciones ha sido declarada enfermedad por autoridades médicas y psiquátricas que presentan impecables credenciales institucionales. Y lo mismo ha sucedido con otros innumerables estados, desde la soltería al divorcio, desde el embarazo indeseado hasta el prejuicio político y religioso.

Asimismo, ¿qué es tratamiento? Sin duda, es tratamiento la ablación quirúrgica de un seno canceroso. Pero ¿es tratamiento el trasplante de un órgano? Si lo es, y si este tratamiento constituye

un derecho ¿cómo pueden los encargados de garantizar a las personas la protección de su derecho al tratamiento desempeñar sus deberes sin tener acceso al número requerido de órganos transplantables? A un nivel más sencillo, ¿cómo puede tratar un médico la obesidad por comer demasiado cuando su tratamiento depende de que el paciente coma menos? ¿Qué significa, pues, el que un paciente tenga derecho a ser tratado por obesidad? Ya he aludido a lo fácil que resulta nivelar esa especie de derecho mediante la obligación comunitaria y médica de privar al paciente de su libertad (comer, beber, tomar drogas, etc.).

Más aún, ¿quién es el paciente? ¿Es alguien que posee una enfermedad, o una lesión corporal demostrable, como el cáncer o una fractura? ¿Una persona que se queja de síntomas corporales, pero sin enfermedad demostrable, como el llamado hipocondríaco? ¿Es la persona que se siente perfectamente bien, pero que otros consideran que está enferma, como el llamado esquizofrénico paranoico? ¿O es una persona que profesa criterios políticos distintos de los de los psiquiatras, que lo etiquetan como demente, cual sucede con el senador Barry Goldwater?

Por último, ¿quién es médico? ¿Es una persona con licencia para practicar la medicina? ¿Es alguien que ha completado un específico *curriculum* de preparación profesional? ¿Es alguien que posee ciertas aptitudes médicas demostradas por actuaciones públicas? ¿O acaso es alguien que alega poseer esas aptitudes?

Me parece que la mejora en la atención médica a los pobres y a los ahora llamados enfermos mentales depende menos de declaraciones sobre sus derechos al tratamiento que de ciertas reformas en el modo de hablar y conducirse de quienes profesan un deseo de ayudarles. En particular, semejantes reformas deberían suponer mejoras sensibles en la utilización de conceptos médicos como enfermedad y tratamiento, y un reconocimiento de las diferencias básicas entre la intervención mé-

dica como un servicio, que el individuo es libre de requerir o rechazar, y la intervención médica como método de control social que se le impone por la fuerza o el fraude.

Puedo ejemplificar quizás los dilemas no resueltos en la noción de enfermedades y tratamientos citando algunos casos reales. En fecha tan reciente como 1965, un reglamento de Connecticut castigaba penalmente a cualquier persona que evitase la concepción de un modo artificial[16]. Por lo tanto, si una madre de 10 hijos pidiese ayuda contraceptiva a un médico en un hospital público de Connecticut se habría visto rechazada en su petición. ¿Era tratamiento lo que ella buscaba? No, según los legisladores que definían cualquier sistema anticonceptivo como un acto inmoral e ilegal y no como una medida preventiva.

Hoy, se alcanza una situación similar con respecto al embarazo no deseado por una mujer y a su deseo de abortar. ¿Es una enfermedad estar embarazada cuando la mujer no lo desea? ¿Es un tratamiento el aborto, o es el asesinato de un feto? Si es un asesinato, ¿por qué ningún abortista ha sido jamás perseguido por *asesinato*? ¿Cómo pueden las medidas preventivas de salud mental de una embarazada justificar ese crimen hoy llamado *aborto terapéutico*?[17]

16. En el caso *Griswold v. Connecticut*, los estatutos referentes a la contracepción en el Estado de Connecticut fueron declarados inconstitucionales por el Tribunal Supremo, basándose en el criterio de que la contracepción violaba el derecho a la privacidad matrimonial, un derecho que el tribunal consideró implícito en la penumbra de las garantías específicas de la Carta de Derechos Humanos. Lo que debe señalarse de este caso es que establece un antecedente en el que los legisladores de ese Estado, debidamente asignados, niegan un tipo determinado de asistencia médica a sus propios electores, cuando la mayoría del Tribunal Supremo considera la asistencia médica como un derecho. [Connecticut General Statutes Revised, pár. 53-32 (Supp. 1965), decretado como nulo en el caso *Griswold v. Connecticut*, 381 U.S. 479 (1965).]

17. En relación con esto, véanse mis artículos «The Ethics of Birth Control», en *The Humanist* 20 (noviem-

Por otra parte, si prevaleciera un criterio ya antiguo y aceptado, además de útil, y se consideraran como tratamientos médicos el uso de medios anticonceptivos y el aborto, ¿qué significaría para una mujer tener derecho a esas intervenciones? Claramente, tendría que significar que tiene derecho a llegar sin obstáculo a médicos encantados de recomendar medios anticonceptivos y de realizar abortos. ¿Dónde dejaría semejante postura médico-legal a un tocólogo católico apostólico romano? Al negarse a realizar un aborto en una mujer que deseara acabar con su embarazo, estaría obstaculizando su derecho al tratamiento de un modo que podría compararse al del barbero blanco que se niega a cortar el pelo a un cliente negro, o viceversa, poniendo trabas a la libre práctica de los derechos civiles de su cliente.

Otro ejemplo podría ser el de un matrimonio infeliz. ¿Están enfermos? Si se definen como neuróticos y consultan a un psiquiatra, son considerados enfermos, y su seguro hasta puede incluso pagarles el tratamiento. Pero, si buscan la solución de su problema en el divorcio y consultan a un abogado, no se les considera enfermos. Así pues, aunque los matrimonios infelices suelan considerarse a menudo formados por personas enfermas, el divorcio nunca se considera un tratamiento. Si lo fuese, tendría también que ser un derecho. ¿Dónde dejaría eso a nuestras leyes actuales sobre el divorcio?

Y así cantidad infinita de otros casos. Sin embargo, citaré sólo uno más, la práctica de la hospitalización mental no voluntaria, para mostrar hasta qué punto es profundamente confusa nuestra situación actual con respecto al concepto de tratamiento y, en consecuencia, cuán nefasta sería necesariamente cualquier extensión del concepto de derecho al tratamiento como derecho avalado por el Gobierno.

---

bre-diciembre de 1960): 332-336 y «The Ethics of Abortion», *ibid.* 26 (septiembre-octubre de 1966): 147-148.

En la mayoría de las jurisdicciones, las personas llamadas enfermas mentales y peligrosas para sí mismas o para los demás pueden ser ingresadas en un hospital mental. Semejante encarcelamiento en un edificio llamado hospital se considera una forma de tratamiento psiquiátrico y, por tanto, médico. Pero ¿quién es, de hecho, el paciente? ¿Quién está siendo tratado? Manifiestamente, la persona tratada es la encarcelada. Pero, como no requiere ayuda médica, contrariamente a lo que quieren aquellos que se encargan de encerrarla, podríamos afirmar que la hospitalización mental no voluntaria es un tratamiento más para quienes están encerrados. Esto sería como afirmar que un aborto terapéutico es un tratamiento para la mujer embarazada y no para el feto abortado —afirmación que pocos negarían. Si se acepta ese argumento, en cualquier conflicto, el hecho de dañar a una parte podría definirse como el tratamiento de su oponente. La siguiente declaración reciente sobre tratamiento psiquiátrico a «adolescentes agresivos» es ilustrativa: «El movimiento por "libertad, amor y paz" ha estimulado una exhibición de conducta anti-social que incluye el uso creciente de marihuana y drogas psicodélicas. En consecuencia, el número de jóvenes emocionalmente trastornados, que se comportan de un modo que entra en conflicto con las normas establecidas por sus padres, aumenta siempre más en los hospitales mentales» [18] En este tipo de situaciones, sería interesante saber qué derecho al tratamiento desean garantizar los que abogan por semejante hospitalización: ¿el derecho del padre a recluir a su hijo rebelde, mentalmente enfermo, o el del hijo a desafiar a sus padres sin tener que someterse a penalidades semi-médicas?

18. L. W. Krinsley y R. M. Jennings, «The Management and Treatment of Acting-Out Adolescents in a Separate Unit», *Hospital and Community Psychiatry* 19 (marzo de 1968): 72.

La segunda dificultad planteada por el concepto de un derecho al tratamiento es de naturaleza política y moral. Se produce al confundir derechos con pretensiones y prevención de males con preservación de bienes o servicios.

Para la definición de *derecho,* lo mejor que puedo hacer es citar a John Stuart Mill. En «Utilitarismo», escribe:

> He tratado la idea de derecho como si *residiera en la persona herida y violada por la lesión...* Cuando llamamos a algo derecho de una persona, queremos decir que ésta pretende, con sensatez, de la sociedad qúe proteja su posesión, ya sea por la fuerza de la ley, ya sea por la educación y la opinión... Tener un derecho es, entonces, a mi entender, tener algo *cuya posesión debiera defender la sociedad* [el subrayado es mío].[19]

La distinción de Mill nos ayuda a distinguir entre derechos y pretensiones. Los derechos, dice Mill, son «posesiones»; son cosas que las personas tienen por naturaleza, como la libertad; que adquieren a costa de trabajo duro, como la propiedad; que crean gracias a su imaginación, como una nueva máquina; o que heredan, como el dinero. Las posesiones son, característicamente, lo que una persona *tiene*, y que otros, incluyendo el Estado, pueden quitarle. El criterio de Mill es el del libertario clásico: el Estado, de haberlo, debería proteger al individuo en sus derechos. Eso es lo que quiere decir la Declaración de Independencia cuando se refiere a los derechos inalienables a la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad. Es importante hacer notar que, tanto en la teoría política como en la práctica cotidiana, eso requiere del Estado fuerza y decisión suficientes como para proteger los derechos de los individuos ante posibles ataques de otros, y que sea lo bastante descentralizado y comedido —gracias al federalismo y a

19. J. S. Mill, «Utilitarism», en M. Lerner, ed., *Essential Works of John Stuart Mill* (Nueva York: Bantam Books, 1961), pág. 238.

la constitución— para asegurar que no violará él mismo los derechos del pueblo.

En ese sentido, no puede haber algo semejante al derecho al tratamiento. Concebir el cuerpo de una persona como su posesión —como un coche, o un reloj (aunque sin duda más valiosa)— es tan disparatado como hablar del derecho a que le reparen el cuerpo, como si se tratara del derecho a que le reparen el reloj del coche.

Es evidente, pues, que, en su uso actual, y especialmente en la frase *derecho al tratamiento,* el término *derecho* significa en realidad *pretensión.* Más específicamente, *derecho* significa aquí el reconocimiento de las pretensiones de una parte, que se considera está *en lo cierto,* y el rechazo de las pretensiones de la otra, que se considera *equivocada*; así, la parte que está en lo cierto se alía a los intereses de la comunidad y hace suyos los poderes coactivos del Estado. Analicemos esa situación en el caso del tratamiento médico para una dolencia corporal común, digamos, por ejemplo, la diabetes. El paciente, que ha perdido parte de su salud, intenta recuperarla mediante atención médica y medicamentos. Sin embargo, la atención médica que necesita es propiedad del médico, y el medicamento que necesita es propiedad del fabricante que lo produce. El derecho al tratamiento del paciente entra así en conflicto, primero, con el derecho del médico a la libertad —es decir, a vender libremente sus servicios— y, en segundo lugar, con el del fabricante farmacéutico a la propiedad, es decir, a vender sus productos como quiera. Quienes abogan por el derecho al tratamiento en favor del paciente actúan hipócritamente al intentar conciliar este supuesto derecho con los derechos efectivos del médico a la libertad y del fabricante farmacéutico a la propiedad.

Tampoco está claro cómo puede conciliarse el concepto del derecho al tratamiento con el concepto occidental tradicional del derecho del paciente a elegir su médico. Si el paciente tiene derecho a elegir al médico por quien desea ser tratado y si

tiene también derecho al tratamiento, el médico es, de hecho, esclavo del paciente. Sin duda, el derecho del paciente a elegir su médico no puede extraerse de su contexto y sobrevivir: su corolario es el derecho del médico a aceptar o rechazar a un paciente (salvo en los raros casos de tratamientos de emergencia). Por supuesto, nadie sostiene hoy la idea absurda de que los médicos deben estar a la total disposición personal de los pacientes, convirtiéndose literalmente en sus esclavos, como lo fueron algunos en la antigua Grecia y en Roma.

El concepto del derecho al tratamiento tiene una connotación distinta, mucho menos absurda, pero bastante más siniestra. Pues, así como la libertad del médico para negarse a tratar a cualquier paciente específico es el corolario de la libertad del individuo para elegir su médico, el corolario del derecho del individuo al tratamiento es la negación del derecho del médico a rechazar como paciente a cualquiera que así sea oficialmente etiquetado. La transformación de la relación médica, antes individualista y contractual, y hoy burocrática y coactiva, suprime de golpe el derecho del individuo a definirse como enfermo y a buscarse la atención médica que considera adecuada, tanto como el derecho del médico a definir a quién considera enfermo y a quién desea tratar; sitúa esas decisiones en manos de la burocracia médica del Estado. Para ver cómo funciona este aparato burocrático en los Estados Unidos y a una escala local, que coexiste con un floreciente sistema de práctica médica privada, basta con echar una ojeada a nuestros hospitales mentales públicos. Todo paciente admitido en esos hospitales tiene derecho al tratamiento, y todo médico que sirve en este sistema hospitalario tiene la obligación de tratar a cualquier paciente que le sea asignado por sus superiores, o entregado a su custodia por los tribunales. Faltan en este sistema, y en sistemas similares, los tradicionales controles económicos y legales del paciente sobre la relación médica, y la tradicional dependencia económica del médico, así como sus

obligaciones legales para con el individuo que ha aceptado como paciente.

En consecuencia, la atención médica burocrática, en contraste con la empresarial, deja de ser un sistema de cura de enfermedades y se convierte en un sistema de control de la desviación. Aunque este resultado me parece inevitable en el caso de la psiquiatría (visto que la atribución de la etiqueta *enfermedad mental* suele funcionar como retórica casi médica, delatoria de conflictos sociales), no es necesariamente inevitable en los servicios médicos no psiquiátricos. Sin embargo, en todas las situaciones donde la atención médica se suministra burocráticamente (como acontece en las sociedades comunistas), el papel del médico como agente del paciente enfermo suele verse necesariamente amalgamado, y muchas veces seriamente comprometido, por su papel como agente del Estado. De este modo, el médico se convierte en una especie de policía-médico, que a veces ayuda al individuo y a veces lo perjudica.

Volviendo a la definición de derecho que hace Mill, podría decirse además que, así como el hombre tiene derecho a la vida y a la libertad, también tiene derecho a la salud, y puede elevar al Estado la pretensión de que se la ampare. Es importante anotar aquí que el derecho a la salud difiere del derecho al tratamiento; así como el derecho a la propiedad difiere del derecho al robo. El reconocimiento del derecho a la salud obligaría al Estado a evitar que los individuos se privasen unos a otros de su salud, al igual que el reconocimiento de los otros dos derechos evita hoy que se priven de su libertad y propiedad. Obligaría también al Estado a respetar la salud del individuo, y a privarle de este derecho, tan sólo tras un debido proceso legal, al igual que ahora respeta la libertad y la propiedad individuales, y tan sólo priva al individuo de ellas tras un debido proceso legal.

Así las cosas, el Estado no sólo fracasa a la hora de proteger la salud del individuo, sino que, de hecho, le estorba en sus esfuerzos por sal-

vaguardarla; por ejemplo, permite que tanto industrias como individuos corrompan el aire que respiramos. Además, el Estado prohibe también que los individuos obtengan atención médica de ciertos expertos oficialmente no acreditados, y prohibe que compren e ingieran ciertos medicamentos considerados oficialmente peligrosos. A veces, el Estado priva deliberadamente al individuo de tratamiento simulando brindarle tratamiento[20].

Desde luego, en una época en la que el poderoso Estado centralizado se idolatra como fuente de todos los beneficios, hay buenas razones para creer que el concepto del derecho al tratamiento se considere progresista y sea popular, y por eso el concepto del derecho a la salud, salvo error, jamás ha sido articulado, ni mucho menos reconocido, por legisladores y tribunales. Por una parte, el reconocimiento del derecho a la salud más que al tratamiento impondría mayores obligaciones al Estado a la hora de asegurar la paz doméstica, especialmente la protección contra el robo de la salud de un individuo considerada como propiedad privada; por otra parte, impondría mayores controles a sus propios poderes con respecto al ciudadano, especialmente en su jurisdicción sobre las licencias a médicos y farmacéuticos. Un Gobierno así tendría que cargar con mayores responsabilidades debido a sus obligaciones de control real, mientras limitaría sus supuestas responsabilidades como proveedor directo de esos servicios..., en resumen, la antítesis del Estado que consideran deseable y necesario los reformistas modernos liberal-sociales para la consecución de sus metas. En vez de estimular el juicio independiente del individuo, esos reformadores estimulan su sumisión a una autoridad manifiestamente competente y benévola; en consecuencia, proyectan la imagen del terapeuta médico sobre el Estado, mientras atribuyen al ciudadano el papel complementario del paciente enfer-

20. Véase, por ejemplo, «Testing Synanon», *Time*, 12 de julio de 1968, pág. 74.

mo. Por supuesto, eso sitúa al individuo precisamente en una situación de inferioridad y sumisión al Gobierno, del que intentaron rescatarle los Padres Fundadores mediante la Constitución. Políticamente, el derecho al tratamiento es, pues, simplemente el derecho a someterse a la autoridad, un derecho al que siempre han sido muy aficionados los que detentan el poder y los que se consideran incapaces de dirigir sus propias vidas.

El Estado puede proteger y promover los intereses de sus ciudadanos enfermos, o potencialmente enfermos, de dos maneras: o bien forzando a los médicos, y a otro personal médico y paramédico, a servir a los pacientes como si ellos fueran esclavos del Estado; o creando circunstancias económicas, morales y políticas favorables a un suministro generoso de médicos competentes y medicamentos eficaces, dejando que los individuos cuiden de sus cuerpos como cuidan de sus demás posesiones.

La primera solución radica en los esfuerzos por resolver problemas humanos gracias a la ayuda del Estado todopoderoso. Los derechos prometidos por este Estado —como el derecho al tratamiento— no ofrecen posibilidad de elección libre a los individuos, sino tan sólo poderes estatales encubiertos en provecho de los intereses de un grupo sobre los de otro[21].

La segunda solución radica en los esfuerzos por resolver problemas humanos gracias a la iniciativa de cada uno y a la asociación voluntaria sin inter-

21. La posición del médico en Checoslovaquia es ilustrativa. «La Constitución [de Checoslovaquia] declara que el cuidado de la salud es un derecho del pueblo, y que es deber del Estado satisfacer ese derecho.» En la práctica, este derecho se asegura mediante «la asignación [por el Estado] de un bajo *status* económico (productivo) para los servicios sanitarios... Un obrero especializado de fábrica puede ganar mucho más que un médico gracias a los incentivos. Incluso un taxista puede ganar más que un médico... Casi universal fue el comentario: «No atraemos a las mejores personas a la medicina». (J. D. Cooper, «Checoslovaquia refleja problemas del plan regional», *Hospital Tribune*, 9 de septiembre de 1968, págs. 1 y 16).

ferencias del Estado. Los derechos obtenidos de este Estado —como el derecho a la vida, a la libertad y a la salud— son limitaciones a sus propios poderes y a su esfera de acción, y suministran las condiciones necesarias, aunque desde luego sin asegurar su adecuado ejercicio, a la libre elección individual y responsables.

En esas dos soluciones reconocemos los extremos opuestos del gran conflicto ideológico de nuestra época, quizás de todas las épocas, y de la propia condición humana: individualismo y capitalismo por una parte, colectivismo y comunismo por la otra. *Tertium non datur* (No hay otra elección).

La justicia en el Estado terapéutico

El concepto de justicia y el concepto de tratamiento pertenecen a dos marcos de referencia, o niveles de discurso: el primero, a la ley y a la moralidad; el segundo, a la medicina y a la salud. Tanto justicia como tratamiento articulan ideas básicas para la vida humana; ambos tienen un doble uso, uno popular y otro técnico. Aunque la justicia se vea estrechamente vinculada al funcionamiento del sistema legal, recibiendo de él su significado más exacto, su concepto no es propiedad privada de los abogados, sino que pertenece a todos. Asimismo, aunque el tratamiento se vincula estrechamente al funcionamiento de la profesión médica, y recibe de ella su significado más concreto, su concepto no es propiedad privada de los médicos, sino que pertenece a todos. Me ocuparé aquí de examinar las relaciones entre esos dos conceptos, en un esfuerzo por aclarar la tendencia actual, aceptada por todos, de asimilar jurisprudencia a ciencia, y ley a medicina.

La ley y la medicina se encuentran entre las profesiones más antiguas y respetadas. Eso se debe a que cada una de ellas articula y promueve una necesidad y un valor humano básico, la cooperación social, en el caso de la ley, y la salud en el caso de la medicina. Expresado con sencillez, la ley se opone a determinados tipos de procesos sociales, a los que llama *crímenes*, imponiendo castigos a quienes los realizan. Asimismo, la medicina

combate determinados tipos de procesos corporales, llamados por ella *enfermedades*, y ofrece tratamiento a quienes las padecen.

Existir como persona es sinónimo de existir como ser social. La regulación de las leyes sociales es una característica esencial de toda sociedad y, de hecho, de todo encuentro, o agrupación, de dos o más individuos. El concepto de justicia es, por lo tanto, necesario tanto para regular las relaciones humanas como para valorar la cualidad moral de la situación resultante. Eso es lo que quiere decirse al afirmar de que, sin ley, no podría haber justicia, pero que la propia ley puede ser injusta.

Lo que constituye la justicia varía de un lugar a otro y de una época a otra. La variación no prueba que el concepto no tenga sentido, o que no sea científico, como pretenden algunos científicos sociales contemporáneos. Al revés, demuestra que la humanidad ha dado y sigue dando, no una sola, sino varias respuestas a la pregunta: ¿qué es un orden social bueno o adecuado? Por ejemplo, cuando menos en principio, los capitalistas creen que quienes trabajan más duro y producen más, o aquellos cuyos servicios son más valiosos para la comunidad, deberían recibir más por su trabajo que aquellos cuyos esfuerzos son menos productivos; los comunistas, en cambio, creen que el producto de todos los individuos debería acumularse y distribuirse sobre la base de la fórmula marxista: «De cada uno según sus habilidades, a cada uno según sus necesidades».

Enmarcadas como reglas generales en el juego de la vida, las nociones contrapuestas de justicia que acabamos de mencionar parecen no tener nada en común. Es una falacia. Pues, lo que subyace a todos los conceptos de justicia es un concepto tan fundamental para la relación social que, sin él, la vida degeneraría rápidamente en una guerra hobbesiana de todos contra todos. La noción común a todos los diversos conceptos de justicia es *reciprocidad*, la expectativa de que mantendremos nuestras promesas a los demás y de que los demás man-

tendrán las suyas. «Es confesadamente injusto», escribió John Stuart Mill, «*quebrantar* la confianza en cualquier persona: violar un compromiso expreso o tácito, o decepcionar las expectativas surgidas de nuestra propia conducta[1]. Más recientemente, Paul Freund ha intentado asimismo situar el núcleo de la justicia en el concepto de contrato. Escribe que «el concepto de contrato es un caso paradigmático de justicia, concebido como la satisfacción de expectativas razonables»[2].

¿Por qué es tan importante el contrato para la vida humana? Porque es el instrumento menos violento y más racional para la nivelación del poder social.

El contrato es el medio social *par excellence*, que libera al individuo (o grupo) relativamente indefenso del dominio de sus superiores más poderosos, permitiéndole así planificar el futuro. A la inversa, la falta de contrato, o la violación sistemática del mismo, constituye una característica esencial de la opresión: privado del poder de planificar su futuro, el individuo (o grupo) inferior se ve sometido al estatuto lesivo de la dependencia a sus superiores. De este modo, cuando el futuro llega, el individuo oprimido es incapaz de cuidar de sí mismo y depende de sus protectores (por ejemplo, padres, políticos, psiquiatras).

Desde luego, al igual que todas las soluciones sociales, el contrato favorece a algunos miembros del grupo y frustra a otros. Favorece específicamente a los débiles (o sea, a quienes carecen de poder para forzar, o que, en caso de tenerlo, carecen de la voluntad de usarlo) y frustra a los fuertes (o sea, a aquellos que tienen ese poder, o, si carecen de él, se esfuerzan por poseerlo). En términos generales, pues, el contrato favorece al niño contra el padre, al empleado contra el empre-

1. J. S. Mill, «Utilitarism», *op. cit.*, pág. 230.
2. P. A. Freund, «Social Justice and the Law», en R. B. Brandt, ed., *Social Justice* (Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1962), pág. 95.

sario y al individuo contra el Estado. En cada una de esas relaciones (y en otras situaciones similares) el miembro superior de la pareja no requiere contrato para planificar su futuro: puede controlar a su compañero por la fuerza bruta, si fuera necesario. En resumen, el contrato amplía las posibilidades de auto-determinación de los débiles, restringiendo los poderes coactivos de los fuertes; al mismo tiempo, al situar el valor del compromiso, representado en los términos del contrato, por encima del poder absoluto y al universalizar este valor, el contrato no sólo controla el poder de los fuertes para coaccionar, sino también el de los débiles para realizar presiones contrarias.

En la vida política, el paradigma del contrato es la regla de la ley, el principio que limita las interferencias del Estado en la conducta del individuo a circunstancias claramente definidas y conocidas de antemano por la persona. Si no trasgrede la ley, el ciudadano puede sentirse seguro ante cualquier interferencia inesperada del poder estatal. Esta solución puede contrastarse con el gobierno despótico o tiránico, cuya característica principal en el trato con el individuo no es tanto la aspereza como la arbitrariedad. De hecho, la brutalidad y el terror de este tipo de solución política residen precisamente en la radical imposibilidad de predecir cómo se desplegará el poder policíaco del Estado contra el individuo.

Un ejemplo más del papel fundamental del contrato en el concepto de justicia bastará. Es una máxima legal antigua el que no deba haber castigo sin ley (*nulla poema sine·lege*). El principio de que una persona no debe ser castigada por un acto aún no prohibido por una ley muestra dramáticamente que el concepto de justicia se remonta a ideas y sentimientos que tienen más relación con la necesidad de poder prever la conducta a seguir que con la necesidad de proteger a la sociedad de un perjuicio. Porque una persona puede claramente perjudicar a su vecino, sin que su conducta sea calificada como un acto prohibido por la ley. Argu-

mentando a partir del supuesto criterio científico, el psiquiatra moderno, o el científico conductista, mantendría que lo que es —o debiera ser— importante aquí es la adecuada limitación y la rehabilitación del malhechor, no la idea abstracta de justicia. En consecuencia, no necesita ley pre-existente para justificar la exigencia de una sanción social, denominada por él tratamiento psiquiátrico. En efecto, es precisamente en este punto donde el científico conductista retrocede a la analogía entre mala conducta y enfermedad, argumentando que, así como una persona puede caer enferma sin que su estado sea oficialmente reconocido como tal por la ciencia médica, también puede tener una conducta «peligrosa», sin que la ley reconozca oficialmente su comportamiento como un acto criminal. De acuerdo con ese criterio, lo que determina la existencia del estado indeseado, ya sea enfermedad o desviación, ya sea dolencia o crimen —y lo que justifica una sanción social, llámese tratamiento o castigo, hospitalización médica u hospitalización mental— es el juicio del experto, no una regla escrita por los legisladores y legitimada por los procesos judiciales y políticos del Gobierno.

Estos dos principios fundamentales para regular las relaciones humanas —el contractual y el discrecional— sirven metas diferentes. Cada uno de ellos adquiere el valor de su función: en el caso del contrato, desarrollar la capacidad individual para la independencia, permitiendo a la persona planificar su futuro, y, en el caso de la discrecionalidad, permitir al experto actuar con una efectividad óptima, liberándole de las limitaciones o reglas restrictivas. Puesto que se trata de dos finalidades radicalmente distintas, apenas puede sorprender que cada una requiera medios distintos para su consecución.

El hombre no es sólo una persona, un ser social; es también un animal, un organismo biológico. Su aparato biológico —es decir, su cuerpo— es una condición necesaria, pero no suficiente, para

su papel como persona, y es también de una importancia primordial para él. En efecto, si el cuerpo de una persona se ve lesionado, o cae enfermo, su capacidad para realizar funciones sociales y personales se verá alterada, lesionada, o incluso destruida; y, si su cuerpo deja de funcionar por completo, deja de existir como miembro del grupo, o como persona. De este modo, así como la ley ha nacido para regular y salvaguardar las relaciones del hombre con sus congéneres, la medicina ha nacido para regular y salvaguardar la relación con el propio cuerpo.

Puesto que esas dos necesidades humanas básicas se vinculan estrechamente —las relaciones del hombre con su cuerpo se producen siempre en un contexto de regulaciones sociales preexistentes—, no sorprende que la ley y la medicina (sus conceptos, intervenciones y a veces su personal) se vean a menudo entremezcladas y que, durante varios períodos históricos, cada una de esas disciplinas haya hecho profundas incursiones en el territorio de la otra. En la Edad Media, cuando la ideología religiosa reinaba, indiscutida, sobre las mentes de los hombres, el horizonte y la función del terapeuta médico era estrictamente limitada por la autoridad de la Iglesia. No sólo la disección de los cuerpos, sino también el uso de medicamentos estaban prohibidos, por considerarse contrarios a la voluntad de Dios. De ahí que la medicina, fuera de las enseñanzas y de los poderes de la Iglesia, estuviese en manos de médicos árabes o judíos, o que la practicaran ilegalmente brujos y brujas blancos. Asimismo, en nuestros días, cuando reina, indiscutida, la ideología médico-psiquiátrica sobre las mentes de los hombres, los conceptos legales y los métodos de control social se confunden con, y son corrompidos por, conceptos médicos y métodos de control social. De ahí la transformación del Estado, de una entidad legal y política, en una entidad médica y terapéutica[3].

3. Véase, en relación con este tema, mis libros *The*

El impulso que lleva a los hombres a despolitizar y terapeutizar las relaciones humanas y los conflictos sociales parece ser el mismo que les lleva a comprender y controlar el mundo físico. La historia de este proceso —es decir, del nacimiento de la ciencia moderna en el siglo XVII y su ascenso hasta la hegemonía ideológica en el siglo XX— ha sido expuesto adecuadamente por otros[4]. Me limitaré aquí a ilustrar las formas incipientes y desarrolladas de esta ideología, utilizando citas de las obras de dos de sus protagonistas norteamericanos más ilustres, Benjamin Rush y Karl Menninger.

Benjamin Rush (1745-1813) firmó la Declaración de Independencia, fue médico internista del ejército del continente, así como profesor de física y decano de la Escuela Médica en la Universidad de Pennsylvania. El es el padre indiscutido de la psiquiatria norteamericana: su retrato adorna el sello oficial de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Citaré, sin comentarios, pasajes de los escritos de Rush, donde se muestra cómo transformar cuestiones morales en problemas médicos, y juicios políticos en decisiones terapéuticas.

> En lo sucesivo, quizás pueda ser asunto del médico salvar a la humanidad del vicio tanto como hoy lo es de un sacerdote.[5]

> Los seres humanos considerados como criaturas hechas para la inmortalidad merecen todos nuestros cuidados. Concibámoslos como pacientes en un hospital. Cuanto más se re-

---

Manufacture of Madness..., *op. cit.*, e *Ideology and Insanity...*, *op. cit.*

4. Por ejemplo, véanse F. A. Hayek, *The Counter-Revolution of Science: Studies on the Abuse of Reason* (Nueva York: Free Press, 1964), y F. Matson, *The Broken Image: Man, Science and Society* (Nueva York: Brasiller, 1964).

5. «Benjamin Rush to Granville Sharp», 9 de julio de 1774, en J. A. Woods, ed., «The Correspondence of Benjamin Rush and Granville Sharp, 1773-1809», *Journal of American Studies* 1 (abril de 1967): 8.

sistan a nuestros esfuerzos por servirlos, más necesitarán nuestros servicios.[6]

La Srta. H. L. fue confinada en nuestro hospital en 1800. Durante varias semanas, descubrió [exhibió] todos los signos de una mente sensata, excepto uno. Odiaba a su padre. Cierto día reconoció con placer una regresión al vínculo filial y a su afecto hacía él; poco después, fue dada de baja y quedó curada.[7]

Los médicos [son los] mejores jueces de la salud...
El suicidio es demencia...
La aflicción, la vergüenza, el miedo, el terror, la rabia y la incapacidad para actos legales son demencia transitoria.[8]

Mentir es una enfermedad corpórea... Las personas así enfermas no pueden decir la verdad sobre ningún tema.[9]

El terror actúa poderosamente sobre el cuerpo mediante la mente, y debería emplearse en la cura de la demencia.[10]

Hubo un momento en que estas cosas [la crítica de las opiniones y acciones de Rush] me irritaron y desalentaron, pero ahora las oigo y las veo con la misma indiferencia y piedad que oigo y veo los delirios y los gestos frenéticos de mis pacientes perturbados en nuestro Hospital. Oímos hablar a menudo de «prisioneros

6. «Rush to Granville Sparp», *op. cit.*, 28 de noviembre de 1783, *ibid.*, pág. 20.
7. Rush, *Medical Inquiries and observations upon the Diseases of the Mind* (1812; Nueva York: Macmillan, Hafner Press, 1962), págs. 225-256.
8. Rush, «Lecture on the Medical Jurisprudence of the Mind» (1968), en *The Autobiography of Benjamin Rush: His «Travels Through Life» Together with His «Commonplace Book for* 1789-1812», ed., G. W. Corner (Princeton, R. J.: Princeton University Press, 1948), pág. 350.
9. Rush, *Medical Inquiries, op. cit.*, pág. 265.
10. *Ibid.*, pág. 175.

en un sentido amplio». La mayoría de la humanidad está formada por *locos en un sentido amplio.*[11]

> Si tuviéramos que vivir nuevamente nuestras vidas y realizar la misma empresa benévola [de reforma política], nuestros medios no serían el razonamiento, sino la sangría, la purga, la dieta y la silla tranquilizante.[12]

Estas reflexiones de Rush suministran un ejemplo de la perspectiva médico-terapéutica sobre la conducta política y social a comienzos del siglo XIX. Sus afirmaciones apoyan ampliamente mi hipótesis de que, aunque fuese manifiestamente uno de los fundadores del Gobierno constitucional norteamericano, fue en realidad un arquitecto del Estado terapéutico[13]. Los líderes de la Ilustración norteamericana nunca se cansaron de destacar la necesidad de controlar los poderes de los gobernantes, buscando siempre controlar y equilibrar la estructura del Gobierno. Rush, por el contrario, abogó una y otra vez por las reglas del despotismo benévolo, es decir, por un absolutismo político justificado como una necesidad médica.

En resumen, así como la Constitución articula los principios del Estado legal, donde tanto el legislador como los legislados se ven gobernados por las reglas de la ley, también articulan los escritos de Rush los principios del Estado terapéutico, donde la conducta del ciudadano-paciente es gobernada por el juicio clínico del déspota-médico. Lo primero constituye una base para fomentar la libertad personal del ciudadano; lo segundo, para fomentar el poder político del Gobierno.

Para perfilar la ideología y la retórica sobre las cuales descansa nuestra actual sociedad tera-

11. Rush, *Letters of Benjamin Rush*, ed. L. H. Butterfield (Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1951), vol. 2, pág. 1090.
12. *Ibid.*, pág. 1092.
13. Véase mi libro *Law, Liberty and Psychiatry*..., *op. cit.*, esp. págs. 212-222.

péutica, presentaré en forma de cápsulas las opiniones pertinentes de uno de sus portavoces contemporáneos más destacados, Karl Menninger.

Karl Menninger (n. 1893) es fundador de la famosa Clínica y Fundación Menninger y antiguo presidente de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana; fue objeto de numerosas distinciones psiquiátricas y autor de varios libros influyentes en el campo de la salud mental. Al igual que Rush, Menninger es uno de los psiquiatras más prominentes de los Estados Unidos. Sus criterios ilustran el modo en que el psiquiatra contemporáneo define todo tipo de problemas humanos como enfermedades mentales; de hecho, la vida entera como una enfermedad que requiere atención psiquiátrica. Las siguientes citas apuntan a ese criterio:

> ...continúan alzándose voces en contra de la obstrucción de la *justicia* causada por los métodos psiquiátricos introducidos en los tribunales. Pero ¿qué ciencia, o científico, se interesa por la *justicia*? ¿Es justa la pulmonía? ¿O el cáncer?... El científico procura mejorar una situación mala. Esto sólo puede conseguirlo si es capaz de descubrir las leyes científicas que controlan esta situación y que se adaptan al caso, sin hablar de «justicia»...[14]

> La prostitución y la homosexualidad ocupan un lugar destacado en el reino de los males.[15]
>
> Desde el punto de vista del psiquiatra, tanto la homosexualidad como la prostitución —y también el proxenetismo— constituyen pruebas de una sexualidad inmadura y de un desarrollo psicológico detenido, o en regresión. Llámelo como quiera el público, no cabe la menor duda en la mente de los psiquiatras de la anormalidad de semejante conducta.[16]

14. K. Menniger, *The Human Mind*, 3.ª ed. (Nueva York: Knopf, 1966), pág. 449.
15. Menninger, Introducción a *The Wolfenden Report: Report of the Committee on Homosexual Offenses and Prostitution* (Nueva Yok: Stein & Day, 1964), pág. 5.
16. *Ibid.*, pág. 6.

... en la mente inconsciente, la masturbación representa siempre una agresión contra alguien.[17]

Eliminar a un delincuente, que ha sido apresado, *debilita* la seguridad pública, creando la sensación de que el castigo es menor al dársele un remedio fatal. De hecho, no remedia nada y elude completamente el problema real y no resuelto de cómo identificar, detectar y detener a ciudadanos potencialmente peligrosos.[18]

El principio de *no* castigar no puede admitir excepción alguna; se debe aplicar en todos los casos, incluso en los peores y más horribles, en los más espantosos, no sólo en el caso accidental que despierta simpatía.[19]

Cuando una comunidad empieza a contemplar la expresión de conducta agresiva como síntoma de una enfermedad, o como indicativo de una enfermedad, es porque cree que los médicos pueden hacer algo para rectificar esa situación. Actualmente, los individuos mejor informados creen y esperan esto.[20]

¿Que si creo que existe un tratamiento efectivo para los delincuentes...? Con toda certeza y sin vacilación, sí. Desde luego, no en todos los casos... Hay algún margen de enfermos incurables —que dependen de nuevos conocimientos— y éstos incluyen a algunos delincuentes. Pero creo que la mayoría es curable. El voluntarismo y el vicio de los delincuentes son parte de aquello por lo cual deben ser tratados. No deben entorpecer nuestra actitud terapéutica. Sencillamente, no es cierto que la mayoría sea «plenamente consciente» de lo que está haciendo, ni es cierto que no desee ayuda de nadie, aunque algunos lo digan.[21]

17. Menninger, *Man against Himself* (Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich, 1938), pág. 61.
18. Menninger, *The Crime of Punishment* (Nueva York: Viking Press, 1968), pág. 108.
19. *Ibid.*, pág. 207.
20. *Ibid.*, pág. 257.
21. *Ibid.*, págs. 260-261.

> Algunos pacientes mentales deben ser detenidos durante algún tiempo, incluso en contra de sus deseos, y lo mismo digo para los delincuentes.[22]

Como muestran estas citas, Menninger se centra sistemáticamente en el delincuente, o supuesto delincuente, quien, a su entender, debe ser, o bien castigado con intención hostil, o bien tratado con intención terapéutica. Por lo tanto, nos insta a abandonar el sistema legal y penal, con sus castigos restringidos y prescritos, para sustituirlo por un sistema médico y terapéutico con sanciones ilimitadas y discrecionales, definidas como tratamientos.

En resumen, el tecnólogo ilustrado de la conducta ha hecho todo lo posible, durante siglos, para abolir la ley y la justicia y sustituirlas por la ciencia y la terapia.

Aquellos que contemplan como principal asunto doméstico del Estado el mantenimiento de la paz interna, mediante un sistema de leyes justas, administradas con justicia, y aquellos que lo contemplan como una medida de cambio de la conducta, administrada científicamente por una élite científica, tienen, de hecho, dos visiones radicalmente distintas de la sociedad y del hombre. Puesto que cada uno de esos grupos persigue una meta diferente, no puede sorprender que cada uno condene los métodos del otro; el gobierno constitucional, las reglas establecidas por la ley y los procedimientos legales establecidos son, sin duda, medios ineficaces para inspirar un cambio de personalidad en los criminales, en particular si su crimen no consiste en robar en las tiendas (ejemplo favorito de Menninger), sino en violar las leyes que regulan el control de la natalidad, el aborto, el abuso de drogas, o la homosexualidad. Asimismo, la discrecionalidad psiquiátrica ilimitada para la identificación y diagnóstico de supuestos delincuentes,

22. *Ibid.*, pág. 265.

las intervenciones terapéuticas coactivas y el encarcelamiento perpetuo en un manicomio no son medios eficaces ni éticos para proteger libertades individuales, o asegurar controles sobre los poderes del gobierno, en particular cuando la «enfermedad» del individuo consiste en estar desesperado ante una vida inconsecuente y el deseo de ponerle fin.

Las aproximaciones legales y médicas al control social representan dos ideologías radicalmente distintas, dotadas, en cada caso, de su propia retórica justificativa y de acciones restrictivas. Esto nos obliga a entender claramente las diferencias que las separan.

En el concepto legal del Estado, la justicia es tanto un fin como un medio; cuando semejante Estado es justo, puede decirse que ha cumplido su función doméstica. No tiene entonces otras pretensiones sobre sus ciudadanos (excepto la defensa contra una agresión externa). Lo que las personas hagan —que sean virtuosas o viciosas, saludables o enfermas, ricas o pobres, educadas o estúpidas— no es en absoluto de la incumbencia del Estado. Se trata, por lo tanto, de un concepto del Estado como una institución de horizontes y poderes limitados. (En semejante Estado, desde luego, nadie impide a nadie el querer realizar, mediante asociaciones voluntarias, cosas que el Estado no realiza.)

En el concepto científico-tecnológico del Estado, la terapia es sólo un medio, no un fin: la meta del Estado terapéutico es la salud universal, o, al menos, un infalible alivio del sufrimiento. La situación de convivencia pacífica del hombre y de la sociedad es un aspecto esencial de la perspectiva médico-terapéutica en política: los conflictos entre individuos, y especialmente entre los individuos y el Estado, se ven invariablemente como un síntoma de enfermedad, o psicopatología; y la función primera del Estado es, en estas circunstancias, la supresión de este conflicto mediante la terapia apropiada, impuesta a la fuerza en el caso de ser necesario. No cuesta detectar, en la imaginería

del Estado terapéutico, el viejo concepto inquisitorial, o el totalitario más reciente, del Estado, hoy revestido con la bata blanca del tratamiento psiquiátrico.

Que deseemos una sociedad en la que el hombre tenga una oportunidad, aunque sea pequeña, de desarrollar sus poderes y convertirse en un individuo, o una sociedad en la que este individualismo se considere maligno, y el hombre (si podemos llamarlo así) se transforme en un obediente robot de plástico gracias a sus maestros científicos, es, en último análisis, una cuestión ética básica que no podemos ni debemos plantearnos aquí. Naturalmente, todos los que se comprometen profundamente con alguna de esas alternativas creen estar defendiendo las aspiraciones más deseadas y auténticas del hombre. Según los libertarios, el hombre necesita más que nada protección contra los peligros del gobierno ilimitado; según los terapeutas, necesita protección ante los peligros de la enfermedad ilimitada. Por añadidura, como sucede con tanta frecuencia cuando las personas resultan separadas por una barrera ideológica, quienes abogan por esos dos puntos de vista ya no se hablan. En especial, los ingenieros de la conducta y los terapeutas psiquiatras, que han logrado definir su posición como la posición progresiva y científica, han dejado incluso de reconocer la existencia de un notable conjunto de hechos y pensamientos críticos con respecto a lo que yo llamo «teoría y práctica de la violencia psiquiátrica». Es cierto que Rush, hace ya casi 200 años, jamás se unió en sus escritos a quienes se oponían a la tiranía, ya fuese sacerdotal o médica; lo mismo ocurre hoy con Menninger, quien jamás se enfrenta ni a los políticos ni a quienes temen y desconfían de la violencia psiquiátrica.

Entre los profesores y pensadores contemporáneos, opuestos a las fuerzas conductistas-cientifistas, que tienden a la «abolición del hombre», ocupa

un lugar realmente muy destacado C. S. Lewis. Hasta su muerte en 1963, Lewis fue profesor de inglés medieval y renacentista en la Universidad de Cambridge. Su libro quizás más conocido es *The Screwtape Letters*, que lo consolidó por primera vez como portavoz influyente de la cristiandad en el mundo de habla inglesa, y como un brillante crítico de la ciencia y la tecnología modernas en cuanto instituciones sociales deshumanizadoras[23]. Enumero algunos fragmentos que ilustran criterios de Lewis pertinentes para las relaciones entre psiquiatría y ley:

> No estoy suponiendo que ellos [los Condicionadores] sean malas personas. Más bien han dejado de ser hombres [en el viejo sentido]. Si así lo prefieren, son hombres que han sacrificado su propia participación en la humanidad tradicional para entregarse a la tarea de decidir qué deberá significar en lo sucesivo «humanidad»... Ni son sus súbditos hombres necesariamente infelices. No son hombres simplemente: son artefactos. La conquista final del hombre ha resultado ser la abolición del Hombre.[24]

> ...cuando dejemos de considerar lo que merece el criminal y tomemos en cuenta sólo aquello que podrá curarle a él o disuadir a otros, le habremos apartado tácita y totalmente de la esfera de la justicia; en vez de una persona, un individuo con derechos, tendremos un mero objeto, un paciente, un «caso».[25]

> En consecuencia, el primer objetivo de la teoría Humanitaria consiste en sustituir una sentencia definida (que refleja, en alguna medida, el juicio moral de la comunidad sobre el grado de enfermedad-soledad que implica) por

23. C. S. Lewis, *The Screwtape Letters and Screwtape Proposes a Toast...*, *op. cit.*
24. Lewis, *The Abolition of Man* (Nueva York: Macmillan, 1965), págs. 76-77.
25. Lewis, «The Humanitarian Theory of Punishment», *Res Judicatae* (Melbourne University, Melbourne, Australia), vol. 6 (1953): 225.

una sentencia indefinida que sólo tendrá fin, si los expertos, que la dictan, lo deciden así. ¿Quién de nosotros, si se viese en estas circunstancias, no preferiría ser juzgado según el viejo sistema?[26]

De todas las tiranías, la que se practica sinceramente para el bien de sus víctimas puede ser la más opresiva... Ser «curado» en contra de la voluntad de uno, y curado de estados que pueden no ser considerados como enfermedad, significa ser colocado al mismo nivel de los que no han alcanzado la edad de razón y nunca la alcanzarán; son equiparados a los niños pequeños, a los imbéciles y a los animales domésticos. Pero ser castigado, aunque sea severamente, porque lo hemos merecido, porque debimos «habérnoslo pensado», es ser tratado como una persona humana, hecha a imagen de Dios.[27]

Porque, si el crimen y la enfermedad deben considerarse como una misma cosa, se sigue de ello que cualquier estado mental que nuestros amos decidan llamar «enfermedad» podrá tratarse como un crimen; y ser curado a la fuerza... pero, encubierto por la teoría Humanitaria, no recibirá el escandaloso nombre de Persecución... El nuevo Nerón se nos aproximará con los modales suaves de un médico... Aunque el tratamiento sea doloroso, aunque dure toda la vida, aunque desemboque en la muerte, sólo será un lamentable accidente; la intención era puramente terapéutica.[28]

Pero los Humanitarios no se desaniman. Quince años después de que Lewis escribiese los pasajes que acabamos de citar, Menninger declara: «El secreto del éxito en todos los programas [penales] es la sustitución de la actitud punitiva por la actitud terapéutica. Una actitud terapéutica es esencial, prescindiendo de la forma específica de tratamiento, o ayuda»[29].

26. *Ibid.*, pág. 226.
27. *Ibid.*, pág. 228.
28. *Ibid.*, pág. 229.
29. Menninger, *The Crime of Punishment*, *op. cit.*, pág. 262.

La decisión de tratar a los demás con justicia (equitativamente), o mediante medidas terapéuticas (benévolamente) no es una elección con la que se enfrenten únicamente los juristas y los psiquiatras; al contrario, es una elección que todos debemos asumir. El modo en que un individuo responde a este desafío, la elección que haga, configurará ampliamente y definirá su carácter moral. Algunos eligen la justicia; son considerados tan competentes y dignos de confianza por sus amigos como cerriles por sus enemigos. Otros eligen la benevolencia; son considerado tan encantadores y atentos por sus amigos como despóticos por sus enemigos. Esto no significa que los individuos, en principio, no puedan ser a la vez justos y benévolos. Pueden ser ambas cosas como personas; pero, cuando se ven enfrentados a situaciones concretas, deberán a menudo elegir entre esos dos valores y tipos de conducta.

La misma consideración vale para las sociedades. William Frankena lo expone muy bien al afirmar que «las sociedades pueden ser amables, eficaces, prósperas, buenas y justas, pero también pueden ser justas sin ser notablemente benévolas, eficaces, prósperas o buenas»[30]. También observa, correctamente, que existe una contradicción interna en un Estado que es a la vez amable y justo: cuanto más amable es, más injusto tendrá que hacerse, y viceversa (salvo que la propia justicia sea considerada una forma de amor). Una «sociedad justa», sigue diciendo Frankena volviendo a la definición tradicional, «es, en sentido estricto, una sociedad no simplemente atenta o amable. En sus acciones e instituciones debe cumplir ciertos requisitos formales, dictados más por la razón que por el amor: debe estar gobernada por reglas»[31]. Eso nos plantea el caso del Estado justo contra el Estado terapéutico, sin ningún paliativo. Y nos

30. W. F. Frankena, «The Concept of Social Justice», en Brandt, ed., *Social Justice*, pág. 3.
31. *Ibid.*, pág. 23.

ayuda a ver lo que he considerado defecto definitivo —tanto empírica como éticamente— en la argumentación favorable al amor por encima de la justicia.

Como vimos antes, en su sentido más estricto, la justicia puede definirse como el cumplimiento de los contratos o expectativas. Además, los contratos consisten en actuaciones y en reacciones a esas actuaciones, en actos explícitos. Así, difieren de las intenciones, los sentimientos, o los estados de ánimo, que constituyen experiencias privadas. En consecuencia, la justicia está abierta a la inspección pública, a la vigilancia y al juicio, mientras que el amor se cierra a semejantes exámenes y evaluaciones. Por consiguiente, la pretensión de actuar justamente es una forma de pedir el apoyo de la buena opinión de los demás, mientras la pretensión de actuar pródigamente no permite el juicio de los demás, ni admite en su celo oposición alguna. En resumen, aunque el amor apele al ideal de tener en cuenta las *reglas convenidas*, en la práctica efectiva, las acciones justas pueden satisfacer con más eficacia los intereses auto-definidos de los demás que las acciones pródigas.

He intentado demostrar que la justicia y la libertad son conceptos estrechamente vinculados, y que el valor de la primera depende del de la segunda. De este modo, si se envilece la libertad, también se envilece la justicia.

Uso el término *libertad* para indicar la capacidad humana de elegir sin coacción. En este sentido del término, la libertad se ve amenazada desde dos direcciones diferentes y por dos tipos distintos de peligros. Uno radica en el interior del individuo, en las limitaciones de su cuerpo, su mente y su personalidad; por ejemplo, la enfermedad y la idiotez disminuyen o lesionan la libertad, disminuyendo o lesionando la capacidad humana para formular opiniones o elegir sin coacción. Otro peligro radica en el exterior del individuo, en las limitaciones de sus circunstancias en el mundo y, sobre todo, en la sociedad; por ejemplo, ciertos hombres

que actúan individualmente, o a través del aparato coactivo de la Iglesia o del Estado, disminuyen o lesionan la libertad, disminuyendo o lesionando la capacidad del hombre para formular opiniones, o elegir sin coacción.

Confundir esas dos fuentes de peligro para las libertades individuales es desastroso para su causa. Sin embargo, eso es precisamente lo que hacen a menudo el moderno reformista liberal y el crítico social científico: destacando más las semejanzas que las diferencias entre la vulnerabilidad del hombre frente a la naturaleza y frente al Estado, y entre el perjuicio infligido a una persona por una enfermedad y por otro individuo, el científico conductista tecnifica los problemas humanos y transforma así al hombre en una cosa. Tras hacer eso al empezar, ¿qué le queda por proteger? Nada sino una imagen, una sombra, que él proyecta entonces sobre el papel del supuesto beneficiario de su magnanimidad espiritual. Así, el tecnólogo conductista se afirma como un gran terapeuta y un gran científico. Pero su actuación es una trágica farsa, un juego muy poco distinto al del niño o al llamado loco: en cada uno de esos casos, el autor encarna a un actor importante o noble —sea éste bombero, Salvador o médico— y representa su papel sin preocuparse por la participación de los demás actores, ni del público. Es esta falta de aceptación y credibilidad por parte de sus respectivos beneficiarios —del niño como bombero, del loco como Jesús y del psiquiatra humanitario e institucional como curador— lo que define cada uno de esos papeles como representaciones contrahechas. Pero, en psiquiatría, hay esta diferencia: mientras el niño y el loco carecen de poder para imponer su histrionismo a otros (con lo cual suelen tener que limitar representaciones a sus familias), los psiquiatras, investidos del poder coactivo que les otorga el Estado, imponen a menudo sus definiciones de la realidad a otros[32]. De ahí que, en el Estado terapéu-

32. Véase, en general, mi libro *The Myth of Mental Illness..., op. cit.*, esp. págs. 241-249.

tico, la atención, la ayuda y el tratamiento no sean lo que piden los pacientes no voluntarios, sino lo que imponen los psiquiatras humanitarios.

¿Qué hay entonces de la justicia en el Estado terapéutico? Su destino puede ser múltiple, pero podemos estar seguros de que dejará de existir tal como es ahora. La justicia puede, o bien ser recluida en los libros de historia como una reliquia de una era bárbara que valoraba la libertad individual más que la seguridad individual, o bien puede volver a definirse, en el nuevo lenguaje de nuestros tiempos, como tratamiento.

La incoherencia y la inmoralidad de las intervenciones psiquiátricas no voluntarias: una reafirmación personal

La hospitalización mental no voluntaria —o la admisión forzosa a un hospital, como se dice en Inglaterra— es la política paradigmática de la psiquiatría. Allí donde la psiquiatría ha sido reconocida y practicada como la especialidad médica encargada de tratar la locura, la demencia, o la enfermedad mental, ha habido y hay personas encarceladas en manicomios, asilos de locos u hospitales mentales[1]

En años recientes, este tipo de privación de libertad se ha justificado a partir de distintos fundamentos, uno de ellos más popular en los Estados Unidos y otro más popular en Inglaterra. En los Estados Unidos, los defensores de la psiquiatría no voluntaria pretenden que la salud mental es más importante que la libertad personal, y que el bienestar del individuo y de la nación justifican ciertas infracciones psiquiátricas de la libertad individual. En Inglaterra, sus defensores, rehuyendo el dilema de semejante jerarquización de valores, pretenden que el problema de las libertades civiles, inherente a la hospitalización mental forzosa, és hoy tan pequeño que resulta insignificante[2].

De acuerdo con el criterio norteamericano, el confinamiento psiquiátrico forzoso es una especie

1. Véase mi libro (ed.) *The Age of Madness...*, *op. cit.*
2. Véase mi artículo «The ACLU's 'Mental Illness' Cop-Out», *Reason*, 5 (enero de 1974): 4-19, y mi prefacio a la edición íntegra de *The Age of Madness* (London: Routledge & Kegan Paul, 1975), págs. XV-XVIII.

de ley marcial limitada; mientras que, en el criterio inglés, constituye una especie de ley sin vigencia. Pero los pacientes mentales no amenazan a la sociedad tan gravemente como para justificar su supresión mediante medidas no legales, ni tampoco son suprimidos tan pocas veces como para justificar que consideremos insignificantes las medidas adoptadas contra ellos.

Puesto que la hospitalización mental no voluntaria sigue siendo la práctica paradigmática de la psiquiatría coactiva o institucional, me parece que vale la pena recapitular brevemente los títulos de legitimidad expuestos por sus defensores, y los títulos de su ilegitimidad expuestos por mí.

La coacción y la limitación del paciente mental por el psiquiatra —o, mejor, del loco por el alienista, como primero se llamaron estos protagonistas— coincide con el origen y el desarrollo de la psiquiatría. Como disciplina separada, la psiquiatría empezó en el siglo XVII con la construcción de manicomios, primero en Francia y luego en todo el mundo civilizado. Naturalmente, esas instituciones eran prisiones, donde eran confinados no sólo los llamados locos, sino también todos los indeseables sociales: niños abandonados, prostitutas, enfermos incurables, ancianos e indigentes[3].

¿Cómo justificaban las personas en general y las directamente responsables de esos confinamientos —los legisladores y juristas, los médicos y los parientes de las víctimas— semejante reclusión de personas no culpables de delitos penales? La respuesta es: utilizando la imaginería y la retórica de la demencia, la locura, la psicosis, la esquizofrenia, la enfermedad mental —llámese como se llame—, que transformaba al recluso en paciente, su prisión en hospital y su carcelero en médico. Es significativo que la primera propuesta

3. Véase mi libro *The Manufacture of Madness...*, *op. cit.*, págs. 13-16.

oficial de la Asociación de Supervisores Médicos de las Instituciones Norteamericanas para Dementes, organización que, en 1921, se convirtió en la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, haya sido: «Decidir, como unánimemente considera esta convención, que el intento de abandonar por completo el uso de cualquier medio de restricción personal está reñido con los verdaderos intereses de los dementes» [4]

Desde entonces, esta justificación paternalista de la coacción psiquiátrica ha sido un tema destacado en la psiquiatría, no sólo en Norteamérica, sino en todo el mundo. De este modo, en 1967 —123 años después de emitir su primera resolución— la Asociación Psiquiátrica Norteamericana volvió a afirmar su apoyo a la coacción psiquiátrica. En su «declaración de principios sobre el tema de la adecuación del tratamiento», la Asociación declaró que «pueden imponerse restricciones [al paciente] usando medios farmacológicos, o cerrando la puerta de una celda. Cualquiera de estas imposiciones puede ser componente legítimo en un programa de tratamiento» [5].

La ley inglesa sobre salud mental, de 1959, prevé medidas médico-legales para una reclusión tanto civil como criminal, prácticamente idéntica a la de diversos Estados norteamericanos. El capítulo cuarto de la ley, llamado «Admisión forzosa a hospitales, y custodia», articula los criterios para la reclusión civil del siguiente modo: «Puede solicitar admisión con fines de observación el paciente que responda a las siguientes características: (*a*) que padezca trastorno mental de tal naturaleza o grado que justifique el encierro, bajo observación, del paciente en un hospital...; (*b*) que deba quedar

4. Recogido por N. Ridenour, en *Mental Heath in the United States: A Fifty-Year History* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1961), pág. 76.

5. Consejo de la Asociación Norteamericana de Psiquatría, «Position Statement on the Question of the Adequacy of Treatment», *American Journal of Psychiatry* 123 (mayo de 1967): 1459.

recluido en estas condiciones, en el interés de su propia salud o seguridad, y para proteger a otras personas»[6].

Justificaciones para intervenciones psiquiátricas no voluntarias de todo tipo —y especialmente para la hospitalización mental no voluntaria— semejantes a las aceptadas en los Estados Unidos y en el Reino Unido son, naturalmente, sugeridas y aceptadas también en otros países. En resumen, así como la servidumbre involuntaria se viene aceptando hace milenios como solución económica y social adecuada, se viene aceptando también durante siglos la psiquiatría como una solución médica y terapéutica adecuada.

Lo que he analizado y atacado desde hace casi veinte años es todo este sistema de ideas, insinuaciones, justificaciones y prácticas psiquiátricas interconectadas. He descrito y documentado el *status* legal concreto del paciente en el hospital mental, y lo he descrito como el de una persona encarcelada en una prisión psiquiátrica; he articulado mis objeciones a la psiquiatría institucional como un sistema no legal de castigo; y he demostrado cuál me parece ser la única opción moralmente adecuada en una sociedad libre para el problema de los llamados abusos psiquiátricos, a saber: la total abolición de todas las intervenciones psiquiátricas no voluntarias.

Mis objeciones a los principios y a las prácticas en los que se apoyan las intervenciones psiquiátricas no voluntarias pueden resumirse del siguiente modo:

El término *enfermedad mental* es una metáfora. Más específicamente, tal como este término resulta utilizado en la legislación sobre higiene mental, la *enfermedad mental* no es el nombre de un trastorno, o de enfermedad médica, sino una etiqueta

6. *Mental Health Act, 1959*, 7 y 8 Eliz. 2, Ch. 72 (Londres: Her Majesty's Stationary Office, 1959), pág. 15.

cuyo propósito es ocultar el conflicto como enfermedad y justificar la coacción como tratamiento.

Si la enfermedad mental es una enfermedad de buena fe, «como cualquier otra», según mantienen los organismos oficiales médicos, psiquiátricos y de salud mental, como la Organización Mundial de la Salud, las asociaciones médicas norteamericanas e inglesas y la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, se sigue lógica y lingüísticamente que debe ser tratada como cualquier otra enfermedad. Por consiguiente, las leyes sobre higiene mental deben derogarse. No hay leyes especiales para pacientes con úlcera péptica, o pulmonía; ¿por qué entonces tendrían que existir leyes especiales para pacientes con depresión, o esquizofrenia?

Si, por otra parte, la enfermedad mental es —como pretendo— una metáfora y un mito, se sigue de ello que las leyes sobre higiene mental deberían derogarse.

Además, si no hubiese leyes sobre higiene mental —que crean una categoría de individuos que, a pesar de ser etiquetados oficialmente como enfermos mentales, preferirían no verse sometidos a intervenciones psiquiátricas no voluntarias—, los entuertos hoy cometidos por quienes tienen a su cuidado pacientes mentales no podrían producirse, ni subsistir.

En resumen, todos aquellos que administran leyes que se refieren a intervenciones psiquiátricas no voluntarias deberían considerarse como adversarios, y no como aliados, del llamado paciente mental. Los libertarios civiles y, de hecho, todos los hombres y mujeres que creen que nadie, en justicia, puede ser privado de su libertad, a no ser que cometa un crimen, deberían oponerse a todas las formas de intervención psiquiátrica no voluntaria.

¿Cuáles son, pues, esas objeciones, al menos las más importantes, a mi opinión de que los trastornos mentales no son enfermedades y de que el encarcelamiento por locura, comparado con el encarcelamiento por transgresión de la ley, es in-

compatible con los principios morales de una sociedad libre?

En primer lugar, algunos de mis críticos dicen que estoy equivocado porque lo que hoy llamamos enfermedades mentales podrían, con el paso del tiempo, considerarse como estados causados, al menos en algunos casos, por procesos patofisiológicos sutiles —en especial, por trastornos en la química molecular del cerebro—, que todavía no sabemos cómo medir o registrar. Según ellos, estos procesos, al igual que las causas de psicosis asociadas con paresis o pelagra, ya existen de hecho, y sólo debido al actual estado de nuestros conocimientos, o más bien a nuestra ignorancia, no podemos aún diagnosticarlos adecuadamente. Pero, digo yo, semejante proceso, en la ciencia y en la tecnología del diagnóstico médico, sólo incrementaría la lista de enfermedades literales, sin perjudicar en lo más mínimo la validez de mi argumentación en el sentido de que, cuando llamamos enfermedades mentales a ciertos tipos de conductas no aprobadas, creamos una categoría de enfermedades metafóricas. Este tipo de objeción a mis criterios, que, en realidad, sólo representa otro caso de reducción a lo biológico, no logra captar lo que pretende decir; sostenerla sería como sostener que, dado que ciertos supuestos Renoirs o Cézannes resultaron a la larga ser auténticos, todas las obras maestras falsificadas lo sean también. Si existen enfermedades reales o literales, deben existir también otras que son falsas o metafóricas.

En segundo lugar, otros críticos dicen que estoy equivocado, no porque diga que las enfermedades mentales se distinguen de las enfermedades corporales (afirmación con la que pretenden estar de acuerdo), ni tampoco porque diga que la hospitalización mental no voluntaria, o el tratamiento, no se justifica más en las llamadas enfermedades mentales que en las enfermedades corporales (principio moral hacia el cual también pretenden sentir simpatía), sino porque el término *enfermedad mental* designa a menudo una categoría de conducta

fenomenológicamente identificable y, por eso mismo, válida. Pero yo no niego eso. Nunca he mantenido que la conducta de una persona deprimida, o exaltada, es idéntica a la de una persona contenta o equilibrada, ni que la conducta de quien pretende ser Jesus o Napoleón sea idéntica a la de quien no expresa semejantes pretensiones. Objeto los términos diagnósticos de la psiquiatría, no porque carezcan de significado, sino porque se utilizan para estigmatizar, deshumanizar, encarcelar y torturar a aquellos a quienes se aplican. Por expresarlo de un modo algo distinto, me opongo a la psiquiatría no voluntaria, o a la violación del paciente por parte del psiquiatra; pero no me opongo a la psiquiatría voluntaria, o a las actividades psiquiátricas entre adultos que consienten.

La idea de que una persona, acusada de un crimen, es inocente hasta que se demuestra su culpabilidad no la comparte todo el mundo, pero es típicamente inglesa en su origen y singularidad histórica, y angloamericana en su acostumbrada aplicación social. También lo es su corolario: el hecho de que un individuo tenga el derecho inalienable a la libertad personal, salvo que un tribunal demuestre con pruebas suficientes la práctica real de un delito que se castiga con la cárcel. Porque este magnífico edificio de dignidad y libertad está siendo minado por la psiquiatría, considero que la abolición de las intervenciones psiquiátricas no voluntarias es un eslabón de especial importancia en la cadena que he intentado forjar para mantener a raya a ese enemigo mortal del individualismo y la auto-determinación. Espero que mi trabajo ayudará a las personas a discriminar entre dos tipos de médicos: los que curan, no tanto porque son santos, sino porque *éste es su trabajo*; y los que hacen daño, no tanto porque son pecadores como porque *éste es su trabajo*. Y si algunos médicos hacen daño —torturan más que tratan, asesinan el alma más que cuidan el cuerpo—, es en parte porque la so-

ciedad, a través del Estado, les pide que lo hagan y les paga para ello.

Lo vimos en la Alemania nazi, y ahorcamos a muchos de los médicos. Lo vemos en la Unión Soviética, y denunciamos a los médicos con virtuosa indignación. Pero, ¿cuándo veremos que lo mismo ocurre ahora en las llamadas sociedades libres? ¿Cuándo reconoceremos —y denunciaremos públicamente— a los médicos criminales que se encuentran entre nosotros? ¿O acaso se excluye la posibilidad misma de ver bajo esta perspectiva a muchos de nuestros psiquiatras más prominentes y a muchas de nuestras instituciones psiquiátricas, simplemente porque representan los criterios y las prácticas oficialmente aceptados, porque tienen a su disposición a nuestros abogados y legisladores, periodistas y jueces, y porque controlan los fondos recaudados por el Estado mediante los impuestos a los ciudadanos, fondos capaces de financiar una empresa cuya legitimidad moral básica he puesto en cuestión?

Las metáforas de la fe y el desatino

En la Edad Media, la vida y el lenguaje de las personas estaban impregnadas de la imaginería de Dios y limitados por la ideología cristiana; hoy, están impregnados de la imaginería de la ciencia y limitados por la ideología médica. Por eso, desempeñaban antes un papel extremadamente importante en los asuntos prácticos de los hombres y las mujeres las metáforas de la familia, y por eso las metáforas de la enfermedad desempeñan hoy semejante papel en ellos.

Me parece razonable suponer que una persona en la Edad Media no necesitaba ser teóloga para entender —si lo hubiese deseado y hubiese tenido el valor— que el vocabulario de la familia era usado sobre ella y por ella en dos sentidos bastante distintos. Una cosa era llamar a los propios padres *padre y madre* y a los hermanos *hermano y hermana*, y otra muy distinta llamar a Dios el *Padre en el Cielo* y al cura sencillamente *padre*.

Si nuestro hipotético desmetaforizador medieval desease llevar adelante un análisis puramente lingüístico de la religión y las instituciones religiosas, podría haber descubierto rápidamente que, aunque la Iglesia se consideraba familia de Dios, no era exactamente su propia familia, ni ninguna otra familia realmente conocida por El. Por ejemplo, en las familias a las que conocía la persona había, además de los padres y los hijos, tíos y tías, primos y primos segundos, etc. Pero no había primos ni sobrinos en la Familia. Asimismo, se dijo que Dios tenía un hijo. ¿Tenía El también hígado

o riñones? ¿Para qué seguir? Por este camino, se llegaba entonces a la blasfemia y hoy se llega al humor, salvo que vaya uno demasiado lejos y ofenda a otros.

Todo lo que intento hacer con estas observaciones preliminares es mostrar que cualquiera habría podido, en una sociedad teocrática, comprender las metáforas de la fe, es decir, captar el significado real de palabras tomadas del vocabulario familiar y, luego, metaforizadas; asimismo quiero partir de esta hipótesis para sugerir que cualquiera puede hoy, en nuestra sociedad terapéutica, comprender las metáforas del desatino, o sea, captar el significado real de palabras tomadas del vocabulario médico y, luego, metaforizadas.

Empecemos considerando algunos aspectos del lenguaje de la medicina.

Los términos *encontrarse mal* y estar *enfermo* * se utilizan a menudo como sinónimos. Por ejemplo, podemos decir «Jones tiene pulmonía, se encuentra bastante mal». Y podemos igualmente decir «Jones tiene pulmonía, está bastante enfermo».

Sin embargo, *encontrarse mal* tiene una historia y un horizonte perfectamente independientes de la medicina o la enfermedad. Significa, a grandes rasgos, ser desgraciado, trágico, o algo de ese tipo. Por ejemplo, podemos hablar de una *mala voluntad* o de un *mal sino*, pero no podemos hablar de una *voluntad enferma* o de un *sino enfermo*. Además, podemos hablar de *mala salud*, pero no podemos sustituir *mala* por *enferma* como adjetivo para *salud*.

Por otra parte, *mal* tiene a menudo un ámbito mucho más restringido que *enfermo*, con lo cual hay muchos casos donde podemos usar el primero de los términos pero no el segundo. Por ejemplo, no decimos «el tigre está malo», o «el árbol está malo», pero sí decimos «el tigre está enfermo» o

* En inglés, *to be ill* y *sick*. (N. del T.)

«el árbol está enfermo». Es revelador que el uso estricto de *mal* se limite a las personas; ni siquiera partes del cuerpo, u órganos, pueden encontrarse mal, aunque sí puedan estar enfermos. No decimos «su mano se encuentra mal», o «tiene una mano mala», pero sí decimos «su mano está enferma» o «tiene enferma la mano».

Si queremos llevar la idea de *encontrarse mal* a un animal, a una parte del cuerpo humano, o incluso a un nombre abstracto, utilizamos la palabra *enfermo*. De este modo, podemos decir de una persona que «tiene el hígado enfermo», y podemos decir también que un gato, o un coche, un televisor o un chiste, o incluso toda una sociedad están enfermos. Sin embargo, ninguno de ellos puede encontrarse mal.

Me parece que los únicos nombres a los que no podemos atribuir la característica, o la condición, de estar enfermos son aquéllos que se refieren a cosas específicas no vivientes y que no nos afectan. Por ejemplo, no decimos habitualmente que «la montaña está enferma», pero sí podríamos decirlo si fuésemos alpinistas amenazados por avalanchas o deslizamientos. El cielo nos afecta más a menudo, y, por eso, no es tan infrecuente decir que «el cielo parece enfermo». Y si jugamos al ping-pong, el equipo siempre nos afecta, y, por eso, es bastante normal decir que «esta pelota de ping-pong está enferma». Sin embargo, en ninguno de esos usos puede *malo* sustituir a *enfermo*.

Asociar *malo* y *enfermo* con *mentalmente* introduce nuevos matices en las modalidades de uso y significado de esos términos. Desde luego, desde un punto de vista puramente lingüístico, si *mentalmente malo* significa exactamente lo mismo que *malo* (como quieren hacernos creer algunos propagandistas psiquiátricos), la palabra no habría llegado a nacer, ni habría mantenido su uso. Pero sólo esto no debe detenernos. Lo que debería interesarnos es que *mentalmente malo* y *mentalmente enfermo* tienden a funcionar lingüísticamente de modo muy parecido a como funciona el metafórica-

mente *enfermo*, y para nada como funciona el literalmente *enfermo* o *malo*. (Con *metafóricamente enfermo* indico que la persona utiliza la expresión para mostrar su desaprobación, o su disgusto, o que detecta alguna especie de defecto de funcionamiento, o error, en él, mientras que con *literalmente enfermo* o *malo* quiero decir que la persona lo usa para expresar la idea específica de alguna especie de trastorno corporal, o enfermedad médica.)

Estar literal o médicamente *enfermo* ocurre en todos los tiempos y estilos; no sucede así con el metafórico o mentalmente *enfermo*. Por ejemplo, podemos decir todo lo que sigue: «Jones está enfermo; no puede trabajar». «Jones estaba enfermo; no podía trabajar.» «Jones ha estado enfermo; no ha ido a trabajar.» «Jones estuvo enfermo; faltó mucho al trabajo.» «Jones estará enfermo; no irá al trabajo.» «Jones está enfermo hoy; no trabaja.» «No te pongas enfermo, Jones; no querrás perderte el trabajo.»

Cuando el metafóricamente *enfermo* se utiliza explícitamente, tiene un campo de tiempos verbales mucho más restringido. Podemos decir «el chiste es enfermizo» o «el chiste era enfermizo». Pero sería raro decir «el chiste ha sido enfermizo» o «el chiste será enfermizo». Y sería absurdo decir «el chiste está enfermo hoy», o «el chiste está a menudo enfermo».

El psiquiátrica o mentalmente *enfermo*, que, según pretendo hace mucho es un enfermo encubiertamente metafórico, tiene el mismo campo restringido de uso que el *enfermo* metafórico. De este modo, podemos decir «Jones está mentalmente enfermo (o se encuentra... mal); le pegó un tiro al presidente», o «Jones estaba mentalmente enfermo; le pegó un tiro al presidente». Pero sería disparatado decir: «Jones ha estado mentalmente enfermo; pegó un tiro al presidente», o «Jones estuvo mentalmente enfermo; pegó un tiro al presidente». Y sería bastante incorrecto, y rarísimo, decir: «Cuando Jones esté mentalmente enfermo,

le pegará un tiro al presidente». (Si pensásemos esto sobre Jones, diríamos que está enfermo mentalmente.) Y sería todavía más extraño decir: «No te pongas mentalmente enfermo, Jones, no querrás pegarle un tiro al presidente». Por humorístico que suene, las dimensiones psiquiátricas e ingeniosas de *mentalmente enfermo* se harían indiscernibles si dijésemos: «Jones está mentalmente enfermo hoy; pega un tiro al presidente» o «Jones suele estar mentalmente enfermo; pega tiros a muchos presidentes».

Algunas de esas diferencias entre *enfermo* y *mentalmente enfermo* provienen de que tendemos a usar *enfermo* para describir estados y *mentalmente enfermo* para describir características, y que atribuímos mayor permanencia al primero que al segundo. De este modo, Jones puede tener pulmonía y recobrarse. En consecuencia, decimos «Jones está enfermo» y «Jones estaba enfermo». Pero, si Jones es norteamericano, y mientras siga vivo, no podremos decir por igual «Jones es norteamericano» y «Jones era norteamericano» (pues, lo segundo no significa que ya no sea norteamericano, sino que ya no está vivo).

El literal o físicamente *enfermo*, que denota estados en vez de características, no implica permanencia; en cambio, el metafóricamente o mentalmente *enfermo* denota características, no estados. Vale la pena observar, en relación con esto, que la permanencia ha sido siempre la esencia misma de la verdadera locura: cuando la locura era demencia, o la condición de lunático, resultaba incurable; cuando se convirtió en *dementia prae cox*, o esquizofrenia, quedó genéticamente establecida y con un desarrollo crónico de mal a peor. Aún hoy, los *psicóticos* pueden tener *remisiones* pero no *recuperaciones*.

En la Era de la Fe, los hombres y las mujeres tenían que llamar pecados a sus problemas espirituales, y padres a las autoridades espirituales que,

a su vez, les llamaban hijos. En la Era de la Medicina, los hombres y las mujeres tienen que llamar enfermedades a sus problemas espirituales, y médicos a las autoridades espirituales que, a su vez, les llaman pacientes.

El carácter metafórico de esta especie de lenguaje queda a medias oculto y a medias revelado. Las palabras y los hechos de los hombres y las mujeres revelan que saben y no saben, quieren saber y no quieren saber las diferencias entre la tierra y el cielo, la ley del hombre y la ley de Dios, padre y sacerdote, cuerpo y mente, medicina y psiquiatría, médico y filósofo.

Podríamos preguntar ¿cuál es la tarea adecuada de la ciencia frente a este tipo de situación? Con certeza, no puede ser la de imponer sus imágenes a aquellos que no desean verlas. Pero, con certeza también, debe insistir en que aquellos que quieran verlas, las vean.

Medicina y Estado: una entrevista publicada en «El humanista»

PAUL KURTZ: Doctor Szasz, Vd. ha librado batallas en muchos frentes. De todo lo que ha intentado defender, ¿qué le parece lo más importante?

THOMAS SZASZ: Si tuviese que mencionar un valor único sería la auto-determinación, o libertad individual, en un sentido político. Después de todo, la libertad sólo pasa a ser un problema cuando se ve amenazada por una persona, un grupo, una organización, o alguna fuerza. He intentado identificar cuáles son las fuerzas principales que hoy amenazan la libertad individual.

KURTZ: ¿Y cuáles son?

SZASZ: En los países comunistas, el partido comunista, el Estado burocrático comunista. En las llamadas sociedades libres, especialmente en Estados Unidos y en Inglaterra, el Estado burocrático capitalista, el Estado paternalista, o —como yo lo llamo— el Estado terapéutico. Uno de los aspectos más importantes de este Estado —y, por tanto, una de las principales amenazas a la libertad individual— es la alianza entre la Medicina y el Estado, y una faceta específica de esta alianza, a la que he dedicado especial atención, es la aceptación y el uso de la psiquiatría como una verdadera disciplina médica. La alianza es peligrosa, porque significa que el control social de lo que es realmente una conducta auto-determinada se denomina tratamiento para la enfermedad mental y es aceptado como algo médico más que moral, como algo terapéutico más que punitivo.

KURTZ: ¿Cómo cree que opera la Medicina unida al Estado? ¿En qué niega la libertad exactamente?

SZASZ: Permítame que, primero, le dé mis conclusiones, y, según vayamos progresando, entraremos en detalles. Tal como lo veo, la Medicina no opera simplemente unida al Estado; en las sociedades industriales modernas, la Medicina forma realmente parte del Estado, una especie de *religión estatal*. Lo digo en el sentido de que la mayoría de las personas en ambos lados del telón de acero cree hoy en la salud más que en la salvación, en las píldoras más que en la oración, en los médicos más que en los sacerdotes, en la medicina y la ciencia más que en la teología y Dios. En resumen, la medicina funciona hoy como una religión estatal de modo muy semejante, por ejemplo, a cómo funcionó el catolicismo en la España medieval.

KURTZ: ¿Quiere decir que el Estado y la Iglesia son instituciones que se solapan, no entidades realmente separadas y nítidas?

SZASZ: Exactamente. En España, y en otras sociedades teocráticas, el Estado legitimaba a la Iglesia, y viceversa. Estaban entremezclados ideológica, económica y políticamente, de cualquier modo. Era una alianza a la cual resultaba muy difícil, si no imposible, oponerse. Lo mismo ha estado sucediendo con la Medicina y el Estado en todos los países civilizados durante aproximadamente los últimos cien años, y más especialmente desde finales de la Segunda Guerra Mundial. El Estado apoya y legitima la Medicina, y, a su vez, la Medicina apoya y legitima el Estado. Es una alianza impía, si se me permite decirlo así.

KURTZ: ¿Podría ilustrar esto con algún ejemplo?

SZASZ: Sí. La educación médica está totalmente controlada por el Estado, es decir, por los gobiernos estatales y por el federal. El control es, en parte, económico, pues casi todo el dinero proviene del Gobierno; en parte, educativo, pues las escuelas tienen que ser autorizadas por departamentos

estatales de educación y organismos similares; y, en parte, legal, porque los médicos deben recibir un diploma para practicar la medicina. A su vez, los médicos sirven al Estado de modos sutiles unos y obvios otros, informando de nacimientos y muertes, controlando la conducta desviada, apoyando a instituciones para el cumplimiento de la ley. Naturalmente, va mucho más lejos que eso. ¿Qué son salud, enfermedad y tratamiento? La definición misma de estas cosas es algo que, en último análisis, determina el Estado y acepta, complementándolo, la Medicina. Algunos ejemplos mostrarán lo que quiero decir. En el Estado de Nueva York, hoy, hacer un aborto es considerado un tratamiento. Hace apenas un año era un delito. Encerrar a alguien en una prisión llamada hospital mental se considera también una forma de tratamiento. ¿Por qué? Porque el Estado lo dice; la ley lo dice.

KURTZ: Sí, la hospitalización mental es un buen ejemplo.

SZASZ: Me he interesado por la hospitalización mental no voluntaria, no sólo porque constituye una violación tan flagrante de los derechos humanos, sino también porque revela muy claramente cómo hemos medicalizado ciertos problemas morales y políticos. Si alguien desea hacer algo que a nosotros realmente no nos gusta —como matarse—, decimos que está deprimido y lo encerramos en un hospital mental. ¿Cómo es eso posible? Porque la psiquiatría dice que la depresión es una enfermedad: obviamente, según ella, si uno es norteamericano, debería querer vivir. Observe que es lo mismo que encerrar a las personas en hospitales mentales, como en la Unión Soviética, porque critican al sistema. Obviamente, para el sistema soviético y sus psiquiatras, cualquiera que exprese públicamente su desacuerdo político debe estar loco; si no estuviese loco, sería un comunista obediente.

KURTZ: Pero, en la Unión Soviética, esto tiene una base política: se trata de defender al Estado. ¿Hay aquí el mismo motivo para encerrar a las personas en instituciones mentales?

SZASZ: Profesor Kurtz, creo que hemos llegado a cierto acuerdo sobre lo que queremos decir con político y lo que queremos decir con psiquiátrico. De lo contrario, correríamos el riesgo de que lo que los rusos hacen en materia de psiquiatría nos pareciera político y lo que nosotros hacemos nos pareciera psiquiátrico, y probablemente a la inversa. Me atrevería a insistir en el sentido de que toda psiquiatría no voluntaria es fundamentalmente política. Es el uso del poder policial del Estado contra el ciudadano que disiente. Tan sencillo como eso. Naturalmente, el contenido del desacuerdo varía de país a país, es lógico. Naturalmente, en cada caso, el desacuerdo se dirige contra aquello que no les gusta a los ciudadanos, y eso difiere de un país a otro.

KURTZ: Y las personas —algunas personas— que se desvían de la conformidad ideológica, que disienten de ciertas formas que la sociedad condena, ¿pueden ser encerradas en instituciones psiquiátricas?

SZASZ: Sí.

KURTZ: ¿Qué otros ejemplos de control estatal a través de la Medicina podrían apoyar su opinión? Por ejemplo, ¿qué hay sobre el abuso de drogas?

SZASZ: Este es hoy un tema de gran importancia. Una vez más, el Estado define —con bastante arbitrariedad desde el punto de vista farmacológico— qué es enfermedad y qué es tratamiento, qué está permitido y qué está prohibido. Tomar heroína es adicción. Recibir metadona es tratamiento. Pero, ¿cuál es la diferencia entre heroína y metadona? Se la diré: la misma que existe entre el protestantismo y el catolicismo.

KURTZ: Pero se ha dicho al público que es imposible hacer cosas bajo el efecto de la heroína, mientras que sí lo es bajo el efecto de la metadona; la gente dice que es necesaria la metadona para mantener un trabajo, por ejemplo.

SZASZ: Naturalmente. ¿Cómo habría podido Vd. hacer cosas en la Europa de después de la Reforma si hubiese sido católico en un país protes-

tante, o viceversa? No muy bien. Del mismo modo, si Vd. hubiese sido protestante en París, le habría resultado una buena idea convertirse al catolicismo. Y, si hubiese sido católico en Londres, habría sido una buena idea hacerse protestante. Lo mismo ocurre con las drogas: en Estados Unidos, es más fácil vivir con metadona que con heroína; al Gobierno le gusta más.

KURTZ: Pero la metadona es una droga. Es administrada por el Estado en según qué casos.

SZASZ: Precisamente. La metadona es definida como un agente terapéutico y la heroína como una droga peligrosa e ilegal. Pero la heroína fue primero elaborada y usada como un agente terapéutico, como un tratamiento en contra de la adicción a la morfina. Es triste, pero Santayana estaba en lo cierto cuando advirtió que quienes no son capaces de recordar el pasado, se verán condenados a repetirlo.

KURTZ: Por lo tanto, ¿piensa que en ambos casos el Estado se limita a imponer ciertos valores a los ciudadanos?

SZASZ: Exactamente. En el caso de la religión, ciertos valores teológicos, como, por ejemplo, el que uno deba ser católico y no protestante. En el caso de la Medicina, ciertos valores terapéuticos; por ejemplo, el que uno deba tomar metadona y no heroína.

KURTZ: ¿No hay diferencia entre estas drogas?

SZASZ: ¿No hay diferencia entre el catolicismo y el protestantismo?

KURTZ: Sí, pero también son similares.

SZASZ: Lo mismo sucede con la heroína y la metadona. No son idénticas, pero son similares. Y es, desde luego, posible —si se motivase a la persona de otra manera— hacer cosas bajo la influencia de las dos drogas, así como es posible hacer cosas siendo católico o protestante, ¡siempre que a uno no se le persiga por su hábito religioso, o su hábito de drogas! Lo que incapacita es la persecución, no la droga.

KURTZ: ¿Puede sugerir otro ejemplo para ilustrar cómo funciona esta alianza entre Medicina y Estado? ¿Cómo restringe la libertad?

SZASZ: Sí, el aborto.

KURTZ: La ley solía prohibir el aborto, pero ya no es así, por lo menos en el Estado de Nueva York.

SZASZ: Sí, pero hay dos cuestiones distintas aquí: en primer lugar, es el Estado quien determina si el aborto es un crimen, o una cura; y, en segundo lugar, el Estado se mantiene íntimamente implicado en el aborto, incluso ahora que es legal. El Estado no permite que una mujer aborte como le permite tomar una aspirina. Fuerza al contribuyente a pagar por esto. Puesto que el aborto, hoy, se define como tratamiento, si una mujer pobre aborta, el contribuyente lo paga. Pienso que se trata de un defecto moral grave. Después de todo, el aborto sólo es necesario porque el hombre y la mujer han realizado un comercio sexual, cosa que puede ser muy agradable. Es lo que se denomina conducta suntuaria en un lenguaje imaginativo. Lo mismo sucede con beber y fumar. Por consiguiente, a mi modo de ver, forzar a los contribuyentes a que paguen los abortos de mujeres pobres es como forzar a los contribuyentes a comprar cigarrillos a los pobres. Es un lamentable desatino.

KURTZ: Algunos argumentan que, forzando al contribuyente a pagar los abortos, la sociedad se protege de niños indeseados.

SZASZ: Eso es una racionalización. Es posible explicar, o justificar, cualquier política social si uno desea aceptar nociones tan vagas como «protección contra niños indeseados». Muchos niños deseados mientras están *in utero* sólo se vuelven indeseados *in vivo*, después de nacer. ¿Qué hay de ellos? ¿Deberíamos matarlos para proteger a la sociedad de niños indeseados? En realidad, el asunto de los abortos, mantenidos fiscalmente, suscita otra cuestión interesante, que nunca antes he visto mencionada, o analizada. Me refiero al

hecho de que estos abortos coartan realmente las libertades de quienes, debido a su convicción religiosa, desaprueban el aborto y lo consideran un acto moralmente malo. En otras palabras, usar los fondos fiscales de católicos devotos para pagar abortos pone al Gobierno, aunque involuntariamente, en la tesitura de apoyar activamente cierto tipo de actividades antirreligiosas. Desde luego, puede estar bien que lo haga la ACLU, o cualquier otro grupo privado. Pero, si el Gobierno lo hace, actúa en un modo muy similar a cómo actúan contra las religiones las sociedades comunistas. El Estado mismo se convierte en una Iglesia; en efecto, el dogma político se convierte en dogma religioso, aunque, desde luego, jamás se llame religión; y caemos entonces en la trampa misma de la cual se supone que nos protege la Primera Enmienda.

KURTZ: ¿Cómo afecta su argumentación a la educación y, específicamente, a la educación médica?

SZASZ: Permítame aclarar que, más o menos, creo en la medicina tradicional, en la llamada medicina científica occidental. Pero no creo —y éste es el lado peliagudo de mi argumentación— que el Estado sólo debiera apoyar ese tipo de educación médica, poniendo fuera de la ley a todos los demás. En mi opinión, no debería apoyar ningún tipo de educación médica. La medicina científica debería competir en un mercado libre de ideas —y en un mercado económico libre— con la osteopatía, la homeopatía, la ciencia cristiana, el budismo zen y lo que Vd. quiera.

KURTZ: ¿Tendría Vd. entonces organizaciones profesionales privadas como la AMA para que marcasen pautas?

SZASZ: No. Creo que las organizaciones más adecuadas para sentar pautas son las escuelas. Podría y debería haber pautas en la medicina, tal como existen en las matemáticas, o en la religión, pero estas pautas no deberían ser estipuladas ni impuestas a la fuerza por el Estado. He

llegado a creer que, si valoramos la libertad personal y la dignidad, nada nos dejará satisfechos sino la total separación de la Medicina y del Estado, una separación análoga a la que se ve garantizada por la Primera Enmienda entre la Iglesia y el Estado.

KURTZ: Pero la salud y el bienestar son puntos básicos en la Constitución.

SZASZ: ¿Cómo podría ser más importante para el bienestar general la salud que la religión? Por no mencionar las cuestiones vejatorias de qué es salud, qué es religión y, una vez más, quién tiene autoridad final para definirlo. La respuesta norteamericana clásica a este dilema consistió en creer que para promover una verdadera religión (no *la* verdadera religión), había que promover la libertad religiosa y oponerse a una religión estatal, a un monopolio religioso, por así decirlo. El concepto básico de la libertad política norteamericana se arraiga así en la idea de que, como las Iglesias establecidas solían amenazar el pluralismo, la diversidad y la libertad personal, el Estado debía garantizar la imposibilidad de que cualquier Iglesia usase el poder del Estado para imponer sus criterios a cualquiera que se opusiera a ello. Este es el problema esencial al que nos enfrentamos ahora con respecto a la Medicina. Por lo cual mi criterio no implica que toda forma de práctica médica sea tan buena como cualquier otra, así como el hecho de defender la tolerancia religiosa no implica que uno piense que cualquier sistema de creencias y prácticas religiosas sea tan bueno como cualquier otro.

KURTZ: Entonces Vd. piensa que la Medicina es una especie de religión y que debería ser pluralista, sin que el Estado determine qué punto de vista debe prevalecer.

SZASZ: ¡Sin que el Estado determine e imponga este punto de vista!

KURTZ: ¿Habría entonces corporaciones profesionales? ¿Habría cualquier tipo de normas, o pautas de práctica y terapia correctas?

SZASZ: Naturalmente, podría haberlas y debería haberlas, como ya existen en otras profesiones, como la matemática. Si IBM quiere contratar a un matemático, no recurre al Estado para determinar su capacitación. Pero sí sabe si el hombre tiene un doctorado en Harvard, o en el MIT. O la compañía puede sentar sus propias pautas y valorar por sí misma las capacidades del solicitante.

KURTZ: ¿Mantiene Vd., entonces, que el Estado no debería dar diplomas a los médicos?

SZASZ: Desde luego que no. El diploma de los médicos es el *símbolo* de lo que estoy mencionando. Es como si el Estado diese diplomas a sacerdotes católicos para ejercer su ministerio, prohibiendo a todos los demás clérigos la práctica de la religión porque carecen de título.

KURTZ: Pero ¿quién debería otorgar entonces los diplomas?

SZASZ: ¡*No* deberían existir diplomas!

KURTZ: ¿Que no deberían existir diplomas? ¿Podría cualquiera practicar la medicina?

SZASZ: Naturalmente.

KURTZ: Pero ¿cómo se protegería al público? ¿Y qué hay de los charlatanes y farsantes?

SZASZ: Profesor Kurtz, la idea de que dar diplomas a los médicos protege al público es una de las falsedades actuales aceptadas con menos sentido crítico.

KURTZ: ¿Qué quiere Vd. decir?

SZASZ: Bueno, supongamos que un profesor de medicina o de cirugía de la Universidad de Londres viniese a Nueva York. ¿Podría practicar la medicina? O suponga que un profesor de medicina o cirugía de Harvard —de la Universidad Estatal de Nueva York— se desplazara a Miami porque el tiempo es más cálido allí. ¿Podría practicar la medicina allí?

KURTZ: No, no sin aprobar primero los exámenes del consejo médico del Estado.

SZASZ: Exactamente. Y ¿se hace eso para proteger al público? Lo dudo. Concedo, desde luego,

que los exámenes de licenciatura pueden, entre otras cosas, proteger también al público. Pero insisto en que su función primordial es proteger a los médicos, a la profesión médica, de una competencia excesiva. En resumen, el diploma médico es una manera de preservar una tienda cerrada para los médicos, creando así una escasez artificial de médicos. Y todo el asunto ha logrado insinuarse con éxito en la mente del público norteamericano como algo que va en favor suyo.

KURTZ: Entonces ¿cómo debería protegerse al público? ¿Acaso no necesita protección de médicos incompetentes?

SZASZ: Oh, estoy de acuerdo en que las personas necesitan protección, pero no sólo ante médicos malos, estúpidos, ineptos, codiciosos, o malignos; necesitan también protección ante malos padres y malos hijos, malos esposos y malas esposas, suegras, burócratas, profesores, políticos... la lista es interminable. Y además, desde luego, necesitarán protección contra los protectores. Con lo cual la pregunta de cómo debería protegerse a la gente de médicos incompetentes forma en realidad parte de la cuestión más amplia de cómo podría protegerse a las personas de los incontables azares de la vida. Este es un problema muy complicado para el que no existen soluciones sencillas. La primera medida de protección para el público radica, a mi entender, en la auto-protección. Las personas deben crecer y aprender a protegerse a sí mismas, o sufrir las consecuencias. No puede haber libertad sin riesgo y responsabilidad. En términos más específicos, el público podría atender a la institución donde se graduó el médico y poner en marcha todo tipo de mecanismos verificadores no oficiales, una especie de oficina de consumidores. Las posibilidades de comprobación no gubernamental sobre competencia son inmensas. El problema es que hoy a nadie le interesa siquiera pensar en esta posibilidad.

KURTZ: Muchas personas saben muy poco de medicina. Pueden acudir a un hombre que preten-

da saber lo que está haciendo, aunque no sea así.

SZASZ: Es cierto. Pero estoy hablando ahora de una perspectiva a largo plazo. Es una perspectiva que no podría articularse de la noche a la mañana. Para hacerla significativa, práctica, tendríamos que realizar los cambios paralelos en educación, en el interés de las personas y en el conocimiento de sus propios cuerpos, de los medicamentos y así sucesivamente.

KURTZ: ¿Por qué piensa Vd. que las personas no saben más de lo que saben sobre medicina?

SZASZ: Hay muchas razones. Una es porque no se les enseña nada sobre ello. Ya lo sabe, a la mayoría de las profesiones les atrae la mistificación. Los profesionales tratan de mantener al público en las tinieblas, a pesar de todas sus declaraciones de querer popularizar el conocimiento médico. He pensado siempre que los niños de doce y trece años podrían ser instruidos mucho más profundamente sobre cómo funciona el cuerpo, sobre cómo funciona realmente; no es más difícil enseñar o aprender esto que enseñar o aprender álgebra o gramática francesa.

KURTZ: ¿Enseñaría Vd. medicina en el bachillerato?

SZASZ: Ciertamente. No cómo quitar una apéndice, pero sí cómo funciona el cuerpo, qué hacen los médicos... los principios y hechos básicos de la fisiología y la farmacología, las principales enfermedades que afectan al hombre y sus tratamientos. Una verdadera información —la que se encuentra en los manuales médicos— y no las mentiras que se les cuentan ahora a los niños en nombre de la educación sexual, educación sobre drogas, educación higiénica. Sin embargo, nada de eso es posible mientras la educación sea un monopolio estatal.

KURTZ: ¿Por qué no?

SZASZ: Porque el médico es un sacerdote que sólo enseña su religión, y sólo a unos pocos elegidos. Como sacerdote protegido por el Estado, el médico se convierte en receptor de todo tipo

de secretos. Recuerde el uso del latín y la jerga diagnóstica para mantener a los pacientes en la ignorancia de lo que padecen. Incluso hoy los médicos vacilan seriamente a la hora de determinar cuándo debiera decirse o no a los pacientes que tienen cáncer. Todo el asunto es realmente bastante absurdo cuando uno se recuesta y lo mira como haría un antropólogo con otra cultura. La magia solía utilizarse como medicina. Ahora es la medicina la que se utiliza como magia.

KURTZ: Pero ¿es todo culpa de los médicos?

SZASZ: Desde luego que no. No me gustaría dar la impresión de que esto es lo que pienso. Se necesitan dos para bailar. Freud estaba bastante en lo cierto cuando destacaba que una de las mayores pasiones de los hombres es la pasión de *no* saber —reprimir, mistificar— lo obvio. Así, hay una especie de conspiración entre personas que no desean saber y que quieren permanecer estúpidas, y entre expertos que les mentirán y harán una profesión de idiotizarlos. Los sacerdotes solían hacerlo mucho. Hoy, lo hacen los médicos. Y, sobre todo, los políticos están ahí, preparados para asegurarse de que las gentes oyen todas las mentiras que quieren oír.

KURTZ: Pienso que gran parte de ello proviene de nuestras prohibiciones religiosas.

SZASZ: Sólo en un sentido histórico. Es fácil culpar a la religión cuando pienso que deberíamos culpar —si hemos de culpar a alguien— a la naturaleza humana. La religión —la religión formal— ya no es muy importante en estas áreas. ¿Cómo podría serlo cuando actualmente la Cruz Roja paga abortos? Sin embargo, en el Estado de Nueva York, una mujer no puede comprar un diafragma en una farmacia, aunque sepa su tamaño. Necesita la receta de un médico. Menciono esto una vez más para advertir su significado simbólico: revela el papel ceremonial, mágico, y el poder del médico.

KURTZ: ¿Podemos volver a la heroína y a la metadona para precisar y destacar su posición?

¿Cuál es su posición sobre las llamadas drogas peligrosas? ¿Acaso no deberían existir controles?

SZASZ: Ningún control para los adultos. No entiendo cómo puede alguien tomar en serio la idea de la auto-determinación y la responsabilidad personal sin insistir en su derecho a tomar cualquier cosa que desee. El Gobierno norteamericano sencillamente no tiene derecho a decirle qué puede y qué no puede tomar, como tampoco tiene derecho a decirle qué puede o no puede pensar. Obviamente, esto no significa que sea bueno tomar ciertas drogas. Puede, con toda seguridad, ser contraproducente. Pero, si una persona ha de ser libre, debe tener el derecho a envenenarse y matarse. Y, efectivamente, lo tiene ahora con el tabaco, pero no con la marihuana; lo tiene con el alcohol, pero no con la heroína.

KURTZ: Está Vd. de acuerdo con el ensayo sobre la libertad de John Stuart Mill, que argumenta en el mismo sentido.

SZASZ: Mill nos enseñó todo esto. Realmente, no tenemos elección en este asunto de las drogas, de la auto-lesión y del suicidio; eso, o comprometernos con una especie de incoherencia e hipocresía ilimitadas.

KURTZ: ¿Por qué no podemos alcanzar un equilibrio entre libertad personal y protección estatal?

SZASZ: Podemos en algunas áreas, pero no en otras. Por ejemplo, podemos tener protección estatal con respecto a los verdaderos asuntos de salud pública, como el alcantarillado o la purificación del agua. Pero no podemos ir más allá y esperar que el Estado nos suministre una especie de salud pública metafórica, poniendo por ejemplo cosas en el agua o en el pan que sean consideradas buenas para nosotros. Hay cosas que el Estado no puede hacer y no debería intentar hacer. Me refiero al principio libertario de que el Estado no debería hacer lo que las personas pueden hacer por sí mismas. El Estado no puede proteger a las personas más allá de cierto punto

muy mínimo, sin negarles su libertad de elección. Cuando lo intenta, el resultado es un desastre, para ser precisos, dos clases de desastres. En el mundo libre, los manifiestos esfuerzos estatales por proteger a las personas de un perjuicio médico, se han ido de la mano con los programas, estatalmente apoyados, de «envenenar» a la gente; por ejemplo, las guerras del opio en el siglo XIX (que se hicieron para divulgar el uso del opio, no para restringirlo), o los apoyos agrícolas a los cultivadores actuales de tabaco y el uso de fondos federales para estimular el consumo de cigarrillos en el extranjero. En los países totalitarios, el costo de intentar conseguir un equilibrio entre libertad personal y protección estatal ha sido aún más elevado: allí ha exigido la liquidación de los más elementales derechos humanos, como el derecho a la propiedad, a una prensa libre e incluso el de abandonar el propio país.

KURTZ: Bien, ¿está Vd. en contra de las leyes sobre recetas?

SZASZ: Naturalmente.

KURTZ: No debería haber leyes...

SZASZ: ¡No debería haber recetas!

KURTZ: Pero suponga que mi esposa tiene un catarro. A ella le gusta tomar antibióticos, y a mí me preocupa, me preocupa saber si son necesarios, si puede hacerse inmune, y esas cosas. ¿Cómo protegería Vd. al público contra esto?

SZASZ: Estoy buscando la protección a través del auto-control. Hoy, las gentes compran sin receta lejía y todo tipo de fluídos limpiadores muy peligrosos, y saben bastante bien cómo protegerse de estas cosas. Realmente, lo saben sorprendentemente bien. Donde hay una voluntad, hay un camino. Pero donde no hay una voluntad... Pues bien, entonces, dejaría que el individuo padeciese las consecuencias antes que castigar a toda la sociedad prohibiendo la sustancia de la que «abusa» uno.

KURTZ: ¿Piensa Vd. que es realmente imposible proteger a las personas de sí mismas?

SZASZ: Imposible, y, de cierto modo, hasta inmoral. El problema que estamos tocando aquí es realmente tan viejo como la humanidad. Llega a las raíces mismas de la libertad y la responsabilidad, a las raíces del humanismo y a la cuestión de qué es el hombre. Está todo ello contenido en la parábola de la Caída. ¿Quién fue el primer tentador? La serpiente. Y ¿quiénes fueron los primeros adictos? Adán y Eva. Y ¿cuál fue la consecuencia de esa «adicción original»? ¡La libertad! Está todo allí, en las primeras páginas del Antiguo Testamento. Pero, ¿quién lee esto hoy en día? Y ¿quién lo lee con los ojos abiertos y una mente abierta?

KURTZ: Muchas personas están de acuerdo con parte de lo que dice o con gran parte, pero luego dicen: «¿Y qué hay de los niños?». ¿Permitiría que los niños comprasen cualquier droga que desearan?

SZASZ: No, no lo permitiría. En un sentido práctico, para el presente, creo que el método que hemos desarrollado en relación con el alcohol es bastante sensato: los niños no pueden comprarlo, pero si, por ejemplo, lo toman en sus casas no es asunto de la ley. De este modo, un chico de 12 años no puede entrar en una bodega y comprar una botella de ginebra. Y esta ley se cumple a rajatabla, salvo error. El punto es que el control de los niños —lo que hacen los niños con respecto a las drogas— es y debe ser un problema de los padres del niño y, a medida que éste crezca, del niño mismo. Hemos olvidado el sencillo hecho de que la infancia es el período de la vida en que uno debería aprender el auto-control, y que, si no lo aprende, entonces el individuo será un adulto que carezca de él.

KURTZ: Pero ¿cómo trata Vd. aquellos casos donde hay una crisis en la familia, una creciente falta de responsabilidad entre los padres?

SZASZ: No sé cómo tratar semejantes casos. Sólo sé cómo *no* tratarlos. Sé que la crisis de la familia no puede y no debe ser resuelta tratando a toda

la sociedad como a un niño. Pero esto es precisamente lo que hacemos ahora: porque algunos niños no están controlados por sus padres, y, por lo tanto, se comportan mal, tratamos a todos los adultos como si fueran niños desobedientes. El resultado es el Estado paternalista —el Estado terapéutico, como lo llamo— que hoy tenemos.

KURTZ: Dr. Szasz, destaca Vd. que la alianza entre la Medicina y el Estado, entre la Psiquiatría y el Estado, es semejante a la alianza entre la Religión y el Estado. ¿Piensa Vd. eso también en otros campos, como por ejemplo el de la ley?

SZASZ: Ciertamente, el problema no se limita a la medicina o a la psiquiatría. En países totalitarios, donde toda la profesión legal es un brazo del Estado, realmente un siervo del Estado, tenemos algo bastante similar a lo que se está desarrollando en los países occidentales con respecto a la profesión médica. Sin embargo, en la ley norteamericana, la situación no es tan mala. Tenemos una tradición fuerte y viable que articula y legitima un doble papel para la ley penal: por una parte, la ley sirve al Estado para protegerse del ciudadano; por otra parte sirve al ciudadano para protegerse del Estado. Y la ley civil, naturalmente, sirve para proteger a los ciudadanos entre sí. De este modo, hay acuerdo general en que los abogados y los tribunales se ocupen de los conflictos, y que, en ellos, ambas partes tengan derecho a estar representadas. No tenemos nada semejante en la medicina, y éste es precisamente el problema.

KURTZ: ¿Cree que necesitamos una declaración de derechos para los pacientes?

SZASZ: No, no creo que sirviese. Creo que sería simplemente un trozo de papel. Tiene que haber primero una comprensión popular, una percepción de sentido común sobre la diferencia entre la enfermedad como concepto biológico y médico, y el conflicto como concepto personal y político.

KURTZ: ¿De dónde proviene esta confusión, este mal entendimiento?

SZASZ: Hay buenas razones para él. En la me-

dicina, la imagen tradicional del problema es un paciente que lucha contra su enfermedad; en esta situación, la enfermedad —la infección, el cáncer, etc.— es el adversario, y el médico el aliado. Esta es la base para una mala comprensión de todas las situaciones médicas donde este cuadro y esta explicación no funcionan, donde el médico es el adversario y no el aliado del paciente. Por ejemplo, en lo que hoy llamamos adicción a drogas, la droga es el aliado y el médico el adversario; también en lo que hoy llamamos grave enfermedad mental, diría que la psicosis —el delirio— es el aliado, y el médico, una vez más, el adversario. Pero la medicina y la ley no reconocen esto, y las personas tampoco, salvo cuando son las víctimas, y entonces suele ser demasiado tarde.

KURTZ: Así pues, ¿cuál es la respuesta? ¿Qué ayudaría si no es una declaración de derechos del paciente?

SZASZ: Creo que una separación conceptual y económica entre la Medicina y el Estado debe producirse primero, y naturalmente los libertarios civiles y otros —filósofos, escritores, sociólogos— podrían ayudar a separar las situaciones médicas en las que el médico es el aliado del paciente de aquéllas en las que es su adversario, como es el caso en casi todas las circunstancias.

KURTZ: Puesto que para Vd. la libertad es aparentemente el valor más importante ¿hay otras instituciones en la sociedad que también la amenacen? Hemos hablado sobre medicina y ley, ¿qué le parece hablar sobre educación?

SZASZ: Bien, muchas de las cosas que he dicho sobre la medicina las han dicho otros sobre la educación, y estoy bastante de acuerdo con ellos. Paul Goodman, por ejemplo, y antes de él Bertrand Russell. En la medida en que la educación está financiada y legitimada por el Estado, se convertirá inevitablemente en propaganda. Este problema es incluso más amplio y más antiguo que el de la medicina. ¿Cómo se mantiene la independencia y la integridad del educador? ¿Qué se enseña y a

quiénes? Basta pensar en Sócrates para comprender lo antiguo que es el problema.

KURTZ: En la sociedad moderna, otro problema es el desarrollo de grandes instituciones y organizaciones independientes del Estado. Muchas personas consideran hoy que las grandes empresas y algunas firmas industriales funcionan como Estados, y que ellas también pueden burlarse de la libertad e inmiscuirse en la autonomía individual. ¿Cuál es su criterio sobre eso?

SZASZ: Mi criterio —desde luego no muy original— es que cualquier organización, cualquier institución pública o privada —el Estado, la Iglesia, una profesión, un negocio— tiende a hacerse represiva cuando crece más allá de cierto volumen. Naturalmente, puede incluso empezar siendo represiva; la represión puede ser su razón de ser. Pero incluso cuando no ocurre esto al principio, la represión se convierte pronto en una de sus metas, uno de sus intereses. Por eso, tan pronto como cualquier organización o institución se establece, entrará en conflicto con otras organizaciones o instituciones que tengan intereses conflictivos. El grupo mayor y de más éxito, no sólo intentará promover sus intereses, productos, mercados, etc., sino que intentará también suprimir y aniquilar a sus competidores. En ese sentido, cualquier grupo, cualquier organización es represiva por su propia naturaleza. Esta es una idea que se remonta, naturalmente, a Montesquieu y a los Padres Fundadores. Es la razón por la que los libertarios han insistido siempre en que cualquiera que valore al individuo y su libertad debe oponerse a la acumulación de poder monolítico, prescindiendo de quién lo acumula y con qué propósito. El poder acumulado por buenas razones —para hacer el bien— es el más peligroso de todos. ¿Quién puede estar hoy en contra de la buena salud? ¿Quién, en el pasado, podía estar en contra de la buena religión? ¿Quién puede estar en contra de la buena educación? Después de todo, sabemos que dos y dos son cuatro. ¿Por qué habríamos de permitir a alguien decir

que son cinco? Porque, si impedimos enseñar esto a las personas, desencadenamos un proceso complejo, que conduce inevitablemente a la acumulación de un poder educativo monopolista con todas sus espantosas consecuencias.

KURTZ: Sin embargo, muchas personas miran el Estado como un poder de contrapeso. Consideran que las corporaciones y organizaciones privadas son sistemas de poder que imponen su voluntad al individuo, y creen que el Estado funciona como su protector. Por ejemplo, el Estado establece pautas en medicina, en educación. Y tenemos leyes antimonopolio, la Comisión para el Comercio Federal, la Comisión Federal de Comunicaciones. ¿Apoya Vd. todo esto?

SZASZ: El Estado norteamericano se ha convertido en un instrumento social excesivamente complicado. Partes suyas protegen efectivamente al individuo, y otras partes lo lesionan. Hoy, naturalmente, el Estado tiene otras funciones, además de la protección de la libertad individual, y lo acepto. Sin embargo, pienso, por esta misma razón, que es estúpido confiar mucho en lo que pueda hacer el Estado por el individuo. Habitualmente hace más *a* él que *para* él.

KURTZ: Como libertario, ¿se opone Vd. al socialismo? Quiero decir, ¿sería posible combinar libertarismo y socialismo?

SZASZ: Bien, antes de contestar, ¿podría Vd. decirme qué entiende por socialismo?

KURTZ: El socialismo está siendo redefinido hoy en día. Quiero decir sencillamente la idea de que el Estado detente algunos de los medios básicos de producción; quizás también de que el Estado irá más y más produciendo bienes y servicios no producidos en el sector privado, y que se preocupará por el bienestar social. Eso es cierto, por ejemplo, en el socialismo británico.

SZASZ: Si esto es lo que quiere Vd. decir, no sólo diría que el socialismo es incompatible con el pensamiento libertario, sino que es uno de sus enemigos más peligrosos y poderosos. No soy anar-

quista, aunque, como sabe, esta ideología tiene cierto encanto para muchos libertarios. Considero utópico e impracticable el anarquismo. El hombre es un ser social. Sólo podemos vivir en grupos; hemos de vivir en grupos; necesitamos tener ciertos tipos de cooperación social. Ahora, nos aseguramos esta cooperación en parte a través de lo que llamamos el Estado. Pero creo, con los libertarios tradicionales, que el Estado debería hacer la menor competencia posible a la iniciativa individual. El Estado debería cuidar de la defensa nacional, ejercer la función policial y algunos tipos de funciones reguladoras. Pero cuanto más haga el Estado fuera de estos dominios, más se convertirá en enemigo del pueblo. Los mejores ejemplos se dan actualmente en la educación y la medicina estatales. Mire nuestras escuelas *públicas*. Mire nuestros hospitales *estatales*. ¿Quién los quiere? ¡No los consumidores «ingresados» en ellos! Estos son los caminos hacia el totalitarismo. En el comunismo, todo esto se hace abiertamente, desde luego. Allí, el Estado lo controla todo. En las llamadas sociedades libres, nos movemos hacia controles semejantes, permitiendo que el Estado controle la educación y la medicina.

KURTZ: A pesar de todo, hay diferencias.

SZASZ: Por supuesto que las hay. Pero la tendencia, la orientación es hacia el control estatal. Y el resultado final tiende a ser el mismo, la reducción de la elección individual.

KURTZ: Dr. Szasz, ha observado Vd. las tendencias colectivistas y totalitarias en las sociedades occidentales, que emanan del control estatal sobre la educación y la medicina. ¿Qué hay de la diferencia entre las sociedades comunistas y las libres?

SZASZ: Pienso que una de las más importantes diferencias sociales prácticas entre las sociedades comunistas y no comunistas es el cuarto poder.

KURTZ: ¿La prensa?

SZASZ: Sí, la prensa libre. Considero asombroso —y maravillosamente revelador— cómo defiende

el pueblo la libertad de prensa mientras no defiende tanto, o casi nada, la libertad de educación o de medicina. Pensamos que es absolutamente esencial que la prensa sea libre —que los periódicos puedan imprimir lo que deseen— y que los norteamericanos tengan derecho a leer lo que quieran. Pero no pensamos que tienen derecho a comprar penicilina sin receta médica. ¿Por qué no pueden Vds. comprar penicilina? ¿Porque puede hacerles daño? ¿Acaso no pueden hacerles daño las mentiras? Los periódicos están llenos de mentiras. Las revistas están llenas de mentiras. ¿Por qué no protege el Gobierno a las personas de las mentiras? Porque esto sería violar la Primera Enmienda. Y esto es excelente. Pero hay un resquicio en la Primera Enmienda, y este resquicio se llama salud, medicina y tratamiento. Cualquier cosa que pueda ponerse debajo de este paraguas —que logre ser así clasificada— puede manipularse, regularse y prohibirse por el Gobierno. Basta un ejemplo rápido: el tabaco, que es una planta, está clasificado como un producto agrícola y es promovido por el Gobierno; la marijuana, que es otra planta, está clasificada como droga peligrosa y está prohibida por el Gobierno.

KURTZ: La libertad personal ¿es un asunto de grado entre los países totalitarios y las democracias occidentales?

SZASZ: Esto es algo complejo. En parte, es una cuestión de grado; en parte, es una cuestión de ley; en parte, es una cuestión de soluciones económicas. Y quizás ante todo, es un asunto de tradición. Después de todo, creo —y de nuevo me apoyo aquí sobre una larga lista de opiniones ajenas— que, en Occidente, hay una tradición significativa sobre el valor del individuo, un sentimiento fuerte a favor de la libertad individual; no hay una tradición o sentimiento comparables en Oriente.

KURTZ: Así pues, en su opinión, el humanismo sorbe profundamente del pozo de la libertad —de

la libertad individual— y la considera su valor principal.

SZASZ: Sí. Este sería mi punto de vista del humanismo. Pero, obviamente, hay otros puntos de vista, otras definiciones. No necesito decirle, a título de conclusión, que, a mi entender, hay dos modos totalmente distintos de acercarse a lo que el humanismo es, de identificarlo. Uno consiste en intentar definir la vida buena, la buena persona, la tolerancia, el estar abierto, el amor, la razón, o cualquier otra cosa valorada por el definidor. La articulación y realización de este tipo de vida —de este estilo de vida, por usar un cliché habitual— se convierte entonces en humanismo. La otra perspectiva no proporciona definición psicológica o moral alguna. Implica decir —y ésta es la perspectiva que prefiero— que el humanismo es el resultado, la consecuencia, de un tipo óptimo, o máximo, de pluralismo o diversidad en la sociedad. En este sentido, el humanismo no es este o aquel modo de vida, sino la diversidad que resulta de las circunstancias económicas, políticas y psicológicas, que permiten a una persona vivir de una manera y a otra de otra.

KURTZ: Entonces, el humanismo tiende a fomentar al máximo la autonomía del individuo para poder elegir cómo considere conveniente.

SZASZ: Exactamente. Y esta autonomía no tiene significado fuera de un contexto político y socioeconómico que suministre y proteja el campo de elecciones disponibles.

KURTZ: Entonces, no se trata sólo de libertad para el individuo, sino de una sociedad libre. Van de la mano.

SZASZ: Sí. Pero preferiría reafirmar la dimensión política de todo cuanto hemos estado mencionando en esta conversación. Se considera habitualmente el humanismo en términos éticos y psicológicos. Deseo destacar los criterios y las ideas políticas. Y, entre ellas, hay un concepto que deseo elegir, el de *desacuerdo*. Después de todo, las autoridades nunca se oponen a que el pueblo esté de

acuerdo con ellas. Pero se sienten contrariadas y se ponen a menudo desagradables cuando el pueblo está en desacuerdo con ellas. Por lo mismo, lo que debe ser cuidado y protegido es el desacuerdo. En resumen, en vez de pensar en el humanismo como tal o cual estilo de vida, o ideología, pienso que deberíamos pensar más en el derecho al desacuerdo y a rechazar la autoridad —religiosa, educativa, médica— y, naturalmente, en el derecho de cada uno a arriesgarse siguiendo su propio juicio y decisión. Una definición del humanismo en términos de desacuerdo, más que en términos de afirmación. Desde luego, podríamos considerar esto como la afirmación del individuo contra el grupo, o del lego contra el experto. Es una simple idea, pero sigue llena de promesas y posibilidades inexploradas. La idea es ésta: la Caída no fue realmente una caída, sino una ascensión... una ascensión del infantilismo al humanismo.

Sólo el error necesita apoyo del Gobierno. La verdad puede valerse por sí misma... El modo de silenciar disputas religiosas es no darse por enterado. Juguemos limpio también con este experimento, y liberémonos, mientras podamos, de esas leyes tiránicas. Es cierto, todavía nos vemos asegurados contra ellas por el espíritu de los tiempos. Dudo de que el pueblo de este país padezca una ejecución por herejía, o un encarcelamiento de tres años por no comprender los misterios de la Trinidad. Pero ¿es ese espíritu del pueblo algo infalible y permanente? ¿Lo es el Gobierno? Además, el espíritu de los tiempos puede cambiar, y cambiará. Nuestros gobernantes se harán corruptos, nuestro pueblo descuidado... A partir de la conclusión de esta guerra, iremos cuesta abajo. No será entonces necesario recurrir en todo momento al pueblo como apoyo. El pueblo será olvidado por eso, y sus derechos no se tomarán en consideración. Se olvidará de sí mismo, salvo en la exclusiva facultad de hacer dinero, y nunca pensará en unificarse para asegurar el debido respeto a sus derechos.

Thomas Jefferson, «Notas sobre el Estado de Virginia» (1871).

ULTIMOS TITULOS PUBLICADOS

57. Big-Bang
    Severo Sarduy
58. Las estrellas de la arquitectura (Serie Arquitectura)
    Xavier Sust
59. Escuchando tras la puerta
    Harry Belevan
60. Péndulo y otros papeles
    Cristóbal Serra
61. Film
    Samuel Beckett
62. Facción española surrealista de Tenerife
    Domingo Pérez Minik
63. Autopsia de Perón
    Louis Mercier Vega
64. Arquitectura como símbolo de Poder (Serie Arquitectura)
    Albert E. Elsen - Bárbara Miller Lane - Stanislaus von Moos. Edición a cargo de Xavier Sust.
65. Los desiertos dorados
    Héctor Bianciotti
66. El alma del hombre bajo el socialismo (Serie Heterodoxos)
    Oscar Wilde
67. De la barbarie a la imaginación
    Rafael Humberto Moreno-Durán
68. La literatura considerada como una tauromaquia, seguido de Gran escape de nieve (Serie Heterodoxos)
    Michel Leiris. Traducción de Ana M.ª Moix
69. Henry Miller o la alegría del retorno, con un texto inédito de Henry Miller, Reunión en Barcelona.
    Alejandro Vignati
70. Contra la historia (Serie Heterodoxos)
    E. M. Cioran. Edición a cargo de Esther Seligson
71. Sin plumas
    Woody Allen
72. Celebración del modernismo
    Saúl Yurkievich
73. Un debate imaginario entre Carlos Marx y Miguel Bakunin
    Maurice Cranston
74. Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, a mi hermana, a mi hermano... (Serie Cotidiana)
    Michel Foucault
75. En lugar del hijo
    Leopoldo M.ª Panero

76. La otra locura. Mapa antológico de la psiquiatría alternativa
Edición a cargo de Laura Forti
77. El nacimiento de la filosofía
Giorgio Colli
78. Los primeros movimientos en favor de los homosexuales 1864-1935
John Lauritsen y David Thorstad
79. Groucho y yo
Groucho Marx
80. La asesina ilustrada
Enrique Vila-Matas
81. La humanización de la arquitectura (Serie Arquitectura)
Alvar Aalto. Edición a cargo de Xavier Sust
82. Collegi de filosofía
J. Llovet, X. Rubert de Ventós, E. Trías y T. Vicens
83. Arquitectura de siempre
Lluís Domènech
84. Aprendizaje de la limpieza
Rodolfo Hinostroza
85. La femineidad como máscara
J. Rivière, E. Jones, H. Deutsch
J. Lacan, K. Horney, S. Freud
86. Las raíces del miedo
Román Gubern y Joan Prat
87. Autobiografía y diarios
José Luis Cerveto
Edición de Ana Basualdo
88. El Golem
Gustav Meyrink
89. Contra la razón destructiva
Eduardo Subirats
90. Nuestras hermanas las ratas
Michel Dansel
91. Mi visión del mundo
Albert Einstein

Pocos son los que aún hoy se oponen radicalmente al poder absoluto de las instituciones médicas y psiquiátricas, por vía de la infalibilidad de la Ciencia, sobre los enfermos, o llamados enfermos, que se someten a ella ciegamente debido a su ignorancia, no sólo de su propio cuerpo, sino también del enigmático lenguaje médico al que no tienen acceso. **Thomas Szasz**, profesor de psiquiatría en la Universidad del Estado de Nueva York, es uno de estos escasos pioneros. Aun ejerciendo en el mundo de esos modernos "sacerdotes", reflexiona con asombrosa lucidez y sencillez sobre la responsabilidad ética de su profesión. **Thomas Szasz** expone él mismo el propósito de este libro: "Estos ensayos, aquí reunidos, están animados por el deseo de sondear en los aspectos ceremoniales y religiosos de distintas prácticas médicas. Antes, la gente se convertía en su propia víctima atribuyendo poderes médicos a sus sacerdotes; hoy, lo hacen atribuyendo poderes mágicos a sus médicos. Enfrentados a personas que asumen esos poderes sobrehumanos, los hombres y las mujeres corrientes tienen tendencia a someterse a ellas con una fe ciega, cuyas inexorables consecuencias consisten en convertirse a sí mismos en esclavos y en convertir en tiranos a sus "protectores". Por eso, los que concibieron la Constitución en Norteamérica hicieron las cosas de tal manera que la gente respetara a los sacerdotes por sus creencias, pero que desconfiara de ellos por su poder. Para ello, elevaron una barrera entre la Iglesia y el Estado. Asimismo, esa gente debería respetar a los médicos por su capacidad profesional, pero desconfiar de ellos por su poder. Pero, hasta que la gente eleve una barrera entre la Medicina y el Estado, no podrá hacerlo y sucumbirá precisamente al mismo peligro del que se supone la ley debería librarla".

Thomas Szasz es autor de varias obras conocidas sobre psiquiatría y salud mental, como, entre otras, *El mito de la enfermedad mental, La fábrica de locura, Etica del psicoanálisis* y **Karl Kraus y los médicos del alma** (de próxima publicación en esta misma colección). Es miembro de la redacción de revistas como "Humanist", "Journal of Drug Adiction" y "Contemporary Psychoanalysis" y co-fundador y presidente de la Asociación Norteamericana para la Abolición de la Hospitalización Involuntaria, así como co-director del Consejo Nacional para el Crimen y la Delincuencia.

TUSQUETS EDITORES